



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Gerontopsicomotricidade em Contexto Institucional e Comunitário e a Influência dos Materiais na Intervenção

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Cristina Espadinha

Júri

Presidente:

Professora Doutora Paula Lebre, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana

Vogais:

Professor Doutor Paulo Noriega, professor auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana

Professora Doutora Cristina Espadinha, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana

Catarina Branquinho

2018

‘Partimos a pedra
Abrimos caminho
Rasgamos montanhas
Mas nunca sozinhos.’

Partimos a Pedra, Tiago Bettencourt

Agradecimentos

Obrigada, o maior de todos, à minha super orientadora, a professora Cristina Espadinha, pela infinita paciência, pela exigência de quem acredita, por me ter dado as perguntas em vez das respostas, pela segurança e pela motivação, por me ouvir fora de horas, por me dar o privilégio de poder dizer que há poucas oportunidades acadêmicas tão giras quanto fazer uma tese. Aprender com a professora foi, sem dúvida, o melhor que, academicamente, tive na FMH.

Obrigada a toda a equipa da Casa Azul – Boa Hora, por me terem integrado na equipa desde o primeiro dia, por terem dado espaço para a Psicomotricidade acontecer, por serem o exemplo de uma equipa que acredita nas pessoas: à Gi pela verdadeira definição de trabalho em equipa; à Elsa pela exigência e rigor a cor de rosa! Um agradecimento também à UFALCD pelo espaço para receber o projeto de Psicomotricidade na Comunidade e aos psicomotricistas que colaboraram na investigação dos materiais terapêuticos.

Obrigada às melhores pessoas do mundo, à família, aos amigos, à família académica e ao grupo de trabalho psicomotricitário, pela paciência de um ano (ou um bocadinho mais) de tanta coisa adiada, por serem os mais queridos a reler frases ou os primeiros a ajudar a construir materiais.

Obrigada às melhores das equipas: ao Psicomotricidade Sem Idade, pela companhia desde o primeiro dia de Psicomotricista, pela motivação constante e pela exigência criativa que só corre bem porque é (tri)partilhada; obrigada à AEFMH, e ao mais forte dos núcleos da AEFMH, por me ter dado a oportunidade de trabalhar com aqueles que, por seleção natural, são escolhidos para com amor, por amor, se dedicarem ‘a algo muito maior que nós’.

Obrigada a todas as pessoas que tive o privilégio de acompanhar. Por me ensinarem, por partilharem histórias, por me mostrarem que, às vezes, a demência, de entre tudo o que se fala, também nos pode levar ao mais simples e bonito que cada pessoa tem. Estas páginas, espero, não são um resumo ingrato do trabalho com cada uma delas, são antes uma reflexão humana e com rigor científico. Foi muito bom poder fazê-lo!

Resumo

O presente relatório foi desenvolvido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora e, em primeiro lugar, sintetiza o processo de envelhecimento no âmbito psicomotor, cognitivo, socioemocional e sensorial, de forma a descrever a eficácia terapêutica da Gerontopsicomotricidade dando resposta às alterações desta fase da vida. De seguida, apresenta-se, em detalhe, a intervenção num contexto institucional e a respetiva instituição, a Casa Azul – Boa Hora, descrevendo-se a intervenção individual e em grupo, com pessoas com situações de envelhecimento típico e patológico. Num contexto oposto, em meio comunitário, descreve-se a intervenção em grupo, realizada num projeto da Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana, com pessoas em processo de envelhecimento típico. Por fim, complementar à intervenção nestes dois contextos, apresenta-se uma investigação sobre a utilização dos materiais terapêuticos por parte dos psicomotricistas com experiência em Gerontopsicomotricidade.

Palavras chave: Envelhecimento; Envelhecimento Típico; Envelhecimento Patológico; Gerontopsicomotricidade; Contexto Institucional; Contexto Comunitário; Materiais Terapêuticos.

Abstract

The present report was developed for the Curricular Unit Ramo de Aprofundamento de Competências of the Master Degree in Psychomotor Rehabilitation and synthesizes the process of the psychomotor, cognitive, socioemotional and sensorial aging, in order to describe the therapeutic efficacy of Gerontopsychomotricity as a response to the alterations of this phase of life. Next, the intervention that took place in Casa Azul – Boa Hora will be presented the individual and group intervention, with people with situations of typical and pathological aging. In an opposite context, in a community setting, it will be described the group intervention, carried out by the Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana project, with people in a typical aging process. At last, complementary to the intervention in these two contexts, a small investigation was carried out on the use of therapeutic materials by psychomotor therapist with experience in Gerontopsychomotricity.

Keywords: Aging; Typical Aging; Pathological Aging; Gerontopsychomotricity; Institutional Context; Community Context; Therapeutic Materials.

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract	iii
Índice Geral	iv
Índice de Tabelas	vi
Índice de Figuras	viii
Introdução	1
1 Alterações Psicomotoras no Envelhecimento	3
1.1 Tónus	3
1.2 Equilíbrio	4
1.3 Esquema e Imagem Corporal	5
1.4 Noção de Espaço	8
1.5 Noção de Tempo	9
1.6 Coordenação	9
1.7 Motricidade Fina	10
2 Alterações Cognitivas no Envelhecimento	11
2.1 Funções Executivas	12
2.2 Memória	13
2.3 Atenção	14
2.4 Linguagem	15
2.5 Cálculo	16
3 Alterações Sensoriais no Envelhecimento	16
3.1 Visão	17
3.2 Audição	17
3.3 Tato, Paladar e Olfato	18
4 Alterações Socioemocionais no Envelhecimento	19
5 Gerontopsicomotricidade	22
5.1 Fundamentos da Gerontopsicomotricidade	22
5.2 Observação e Avaliação em Gerontopsicomotricidade	24
5.2.1 Instrumentos de Avaliação.	25
5.3 As Sessões em Gerontopsicomotricidade	30
5.4 O Papel do Psicomotricista	32
5.5 Materiais em Gerontopsicomotricidade	33
6 Contextos de Intervenção	34
6.1 Comunidade	34
6.2 Instituição e Institucionalização	35
6.3 Motivação e Participação nas Terapias	37

1	Caracterização da Casa Azul – Boa Hora.....	40
1.1	Contextualização Histórica	40
1.2	Missão, Visão e Valores	40
1.3	Organização, Equipa e Serviços	41
1.4	População Alvo.....	42
1.5	Localização e Funcionamento	42
1.6	Instalações e Acessibilidade.....	43
1.7	Relação com as Famílias.....	44
1.8	Articulação com a Comunidade	44
2	Gerontopsicomotricidade na Casa Azul - Boa Hora	45
3	Análise de Caso – Intervenção Individual.....	48
3.1	Apresentação do Caso Sofia	48
3.2	Processo de Envelhecimento da Sofia.....	50
3.3	Avaliação Inicial.....	52
3.4	Plano de Intervenção Psicomotora	53
3.5	Estrutura das Sessões da Sofia.....	56
3.6	Avaliação Final e Discussão dos Resultados.....	58
3.7	Conclusões do Caso Sofia.....	68
4	Análise de Caso – Intervenção em Grupo.....	70
4.1	Organização do Grupo	70
4.2	Caracterização do Grupo.....	72
4.3	Plano de Intervenção do Grupo	74
4.4	Estrutura das Sessões do Grupo	75
4.5	Avaliação do Grupo e Discussão dos Resultados.....	78
4.6	Conclusões do Caso de Grupo	87
5	Outros Casos Acompanhados.....	88
5.1	Pessoas com Demências em Estado Avançado	88
5.2	Pessoas Acamadas	90
6	Outras Atividades Desenvolvidas	92
6.1	Saídas Terapêuticas.....	92
6.2	Sessão sobre Gerontopsicomotricidade	92
6.3	Formações Internas.....	93
6.3.1	Ações de Formação realizadas na CABH.....	93
6.3.2	Sessão de Ideação.....	94
6.4	Formações Externas.....	94
6.5	Gerontopsicomotricidade na Comunidade - AEFMH.....	94
	Conclusão	96
	Reflexões Finais	101
	Bibliografia.....	102
	Anexo A – Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade.....	119

Anexo B – Os Materiais em Gerontopsicomotricidade (estudo exploratório).....	122
Resumo	122
Gerontopsicomotricidade	122
Materiais nas Várias Áreas de Intervenção.	123
Cuidados na Escolha dos Materiais.	124
Método	125
Instrumento.....	126
Amostra.	128
Apresentação e Discussão dos Resultados.....	128
Limitações e Sugestões.....	132
Conclusões.....	133
Lista de Referências	134
Anexo C – Gerontopsicomotricidade na Comunidade AEFMH	137
O Programa	137
Avaliação Inicial	138
Objetivos.....	138
Estrutura das Sessões.....	139
Avaliação Final	141
Conclusões.....	143
Lista de Referências	144
Anexo D – Análise da Acessibilidade.....	147
Anexo E – Exemplos de Sessões	156
Anexo F – Avaliação da Análise de Caso de Grupo	159
Anexo G – Sessão de Esclarecimento de Gerontopsicomotricidade	165

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Instrumentos de avaliação usados para a construção da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade	30
Tabela 2 - Organização dos dias de estágio	47
Tabela 3 – Descrição da semana tipo do caso Sofia.....	51
Tabela 4 - Resumo das áreas mais e menos fortes da Sofia	53
Tabela 5 - Fatores de risco e proteção da Sofia.....	53
Tabela 6 - Resumo dos objetivos e respetivo impacto do plano de intervenção.....	54
Tabela 7 - Resultados da <i>mobilização articular</i> (total=6).....	59
Tabela 8 - Resultados da <i>motricidade fina</i> (total=6)	60
Tabela 9 - Resultados das <i>praxias</i> (total=6).....	61
Tabela 10 - Resultados da <i>vigilância</i> (total=6)	63

Tabela 11 - Resultados do <i>domínio espacial</i> (total=6)	64
Tabela 12 - Resultados da <i>percepção</i> (total=6)	65
Tabela 13 - Resultados do <i>domínio temporal</i> (total=6).....	66
Tabela 14 - Resumo das características dos participantes nas sessões de grupo.....	72
Tabela 15 - Avaliação do grupo: domínio psicomotor da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade	78
Tabela 16 - Avaliação do grupo: domínio cognitivo da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade	79
Tabela 17 - Avaliação do grupo: domínio socioemocional da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade	80
Tabela A1 - Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade.....	119
Tabela B1 - Domínio Cognitivo: materiais mais selecionados e regularmente utilizados (n=100)	129
Tabela B2 - Domínio Psicomotor: materiais mais selecionados, regularmente utilizados (n=76)	130
Tabela B3 - Influência do contexto e tempo de experiência na escolha dos materiais ...	131
Tabela C1 - Objetivos trabalhados nas sessões	141
Tabela C2 - Lista de presenças nas sessões de GPM.....	142
Tabela D1 - Análise da acessibilidade do ginásio	148
Tabela D2 - Análise da acessibilidade da sala de estar	149
Tabela D3 - Análise da acessibilidade da sala de refeições.....	150
Tabela D4 - Análise da acessibilidade dos quartos.....	151
Tabela D5 - Análise da acessibilidade das casas de banho.....	152
Tabela D6 - Análise da acessibilidade do elevador	153
Tabela D7 - Análise da acessibilidade do terraço	154
Tabela D8 - Análise da acessibilidade do consultório médico	155
Tabela E1 - Exemplo de sessão (análise de caso individual).....	156
Tabela E2 - Exemplo de sessão (análise de caso: grupo)	157
Tabela E3 - Grelha de observação de grupo	158
Tabela F1 - Avaliação Inicial (I) e Final (F) das pessoas da análise de caso- intervenção em grupo (Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade).....	159
Tabela G1 - Atividades realizadas na sessão de esclarecimento sobre GPM.....	166

Índice de Figuras

Figura 1 - Organização da equipa da CABH	41
Figura 2 - Avaliação inicial através do EGP da Sofia	52
Figura 3 – Comparação da avaliação inicial e final (EGP) da Sofia.....	58
Figura B1 - Exemplo de pergunta do instrumento (domínio psicomotor)	127
Figura D1 - Espaços da casa (ginásio, sala de estar, quarto, terraço e sala de refeições).	147
Figura G1- Cartaz sobre as estratégias de comunicação com a pessoa idosa e com demência	165

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa, mais especificamente no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), que representa a totalidade do 2.º ano do referido ciclo de estudos. O RACP, conforme indica o seu regulamento, tem como objetivos integrar os estudantes em equipas de trabalho na qual a Reabilitação Psicomotora já está incluída ou possa ser uma área a integrar, estimulando a capacidade de trabalho, de reflexão, de planeamento e de organização, ao nível da planificação da intervenção psicomotora, da relação com as equipas e da interação com a comunidade (RACP, 2016). Assim, é expectável que o estudante adquira conhecimentos nos referidos domínios, tornando-se mais capacitado para integrar o mercado de trabalho (RACP, 2016).

Tendo sido o trabalho realizado com a população idosa, o presente documento inicia-se com uma abordagem ao processo de envelhecimento, centrada nas alterações características desta fase da vida, nos âmbitos psicomotor, cognitivo, sensorial e socioemocional. A organização destes domínios relaciona-se com o facto da Gerontopsicomotricidade (GPM) ser uma das respostas terapêuticas, conforme é posteriormente explicado, dividindo-se esta temática nos seus fundamentos, processos de observação e avaliação, organização da intervenção, o papel do psicomotricista e a importância dos materiais, questão sobre a qual foi realizada uma pequena investigação.

De seguida, é apresentada a Casa Azul – Boa Hora (CABH), instituição onde decorreu o estágio, ao nível do seu funcionamento interno, os seus recursos humanos e materiais e a forma como se articula quer com as famílias, quer com a comunidade. Posteriormente, serão descritos os casos acompanhados na instituição, bem como as outras atividades realizadas na mesma. Dentro da temática do envelhecimento, serão também referidas as formações complementares realizadas nesta área, com especial enfoque na descrição de um programa de intervenção na comunidade, dinamizado pela Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana (AEFMH). Posteriormente, será realizada uma reflexão sobre todas as questões acima mencionadas.

Por último, em anexo, a par do já referido programa da comunidade, será apresentada a investigação dos materiais terapêuticos, a análise da acessibilidade da CABH e documentos complementares aos casos analisados.

Parte I - Enquadramento da Prática Profissional

O envelhecimento é um processo gradual (Juhel, 2010), onde se verificam declínios ao nível psicomotor, cognitivo, sensorial e socioemocional, que se repercutem na qualidade de vida das pessoas (Rodríguez, 2002). Esta é uma fase da vida caracterizada por uma grande heterogeneidade (Pereira, 2004), uma vez que é influenciada pelas características genéticas de cada pessoa, que não são alteráveis, mas também pelos seus contextos e comportamentos, onde a pessoa idosa tem um papel ativo (Barreiros, 2006). Assim, irá realizar-se uma descrição do envelhecimento a nível psicomotor, o cognitivo, o sensorial e o socioemocional descrevendo-se, em cada ponto, as alterações que ocorrem num processo de envelhecimento sem e com patologias associadas e, por último, as respostas terapêuticas indicadas. Com esta organização da revisão da literatura, pretende-se dar enfoque à expressão comportamental da pessoa, em detrimento do diagnóstico que apresenta por se considerar que, aquando do planeamento da intervenção psicomotora, ser mais relevante perceber as competências e as dificuldades da pessoa.

1 Alterações Psicomotoras no Envelhecimento

Em consequência do processo de envelhecimento, Aubert e Albaret (2001) referem que há vários declínios de um ponto de vista psicomotor. Os parâmetros de seguida apresentados, nomeadamente *tónus, equilíbrio, esquema e imagem corporal, noção de espaço, noção de tempo, coordenação e motricidade fina* estão todos sujeitos a alterações nesta fase da vida, tendo também em comum o facto de serem alvo da intervenção psicomotora (Fonseca, 2001; Juhel, 2010).

1.1 Tónus

Nas pessoas idosas, existe uma alteração do grau de elasticidade dos tecidos, que pode ter na sua base questões de ordem sensorial ou psicológica (Fonseca, 2001; Juhel 2010) traduzindo-se em alterações do estado tónico, numa hipo ou hipertonia (Juhel 2010), sendo mais frequente esta última, definida como um aumento da resistência ao alongamento passivo (Huang, Ju e Lin, 2016), que está relacionada com um aumento da rigidez tónica (Agypong-Badu, Warmer, Samuel e Stokes, 2016; Nuñez e González, 2012) e diminuição da elasticidade muscular (Agypong-Badu et al., 2016; Ziff e Stark, 2017).

Este aumento de rigidez verifica-se, de forma mais acentuada, em pessoas com Doença de Alzheimer (Rodríguez, 2003), Doença de Parkinson (Huang et al., 2016; Schneider, 2014; Shumway-Cook e Woollacott, 1995) ou como consequência de um Acidente Vascular Cerebral (Huang et al., 2016; Shumway-Cook e Woollacott, 1995), havendo nas demências também um aumento das paratonias (Ziff e Stark, 2017), que têm influência na realização dos movimentos reflexos e um aumento da espasticidade, o que vai gerar uma maior dor, dificultar as transferências e realização das atividades básicas da vida diária, potenciar o aparecimento das úlceras de pressão e ter impacto nas questões da socialização (Ethans, Casey, Hamm e Miller, 2016), sendo exemplo disso os casos das pessoas com Doença de Alzheimer (Hilion, 2015).

A utilização do movimento na terapia é uma das formas de reduzir a espasticidade (Kagawa et al., 2013). Paralelamente, a relaxação, pode ser utilizada como forma de minimizar as tensões psíquicas, nomeadamente através de técnicas de controlo da respiração e do tónus muscular, sendo que Juhel (2010) e Nuñez e González (2012) sugerem o método de Schultz (percepção das sensações de peso, calor, dos ritmos respiratórios e cardíacos) e o método de Jacobson (direcionado para a contração e descontração muscular).

1.2 Equilíbrio

O equilíbrio é a capacidade do sujeito manter a projeção do centro de base, dentro dos limites da base de apoio (Hrysomallis, 2011; Shumway-Cook e Woollacott, 1995), permitindo-lhe ficar imóvel ou realizar um gesto (Juhel, 2010), classificando-se em estático, quando a pessoa está parada, ou em dinâmico, caso esteja em movimento (Hrysomallis, 2011; Shumway-Cook e Woollacott, 1995). Este último, de acordo com Hrysomallis (2011) já concentra aspetos como a coordenação, o sistema somatossensorial, a noção espacial, o contexto em que vai realizar a tarefa bem como a motivação para a mesma.

Este fator psicomotor, conforme indicam Aubert e Albaret (2001), Juhel (2010) e Pereira (2004) é influenciado pelas informações táteis, auditivas, visuais (no envelhecimento, há a redução da visão periférica), quinestésicas e vibratórias (nesta fase da vida, existe perda da sensibilidade vibratória) e pelas modificações na postura e maior dificuldade em reagir rapidamente a situações que geram desequilíbrios. Madera (2005) refere, ainda, que as modificações motoras são também uma forte influência no equilíbrio estático. Paralelamente, se ao nível do equilíbrio estático as alterações acontecem tanto no apoio uni e bipodal, nomeadamente na frequência e amplitude nas oscilações em relação ao centro de gravidade (Aubert e Albaret, 2001; Madera, 2005), no equilíbrio dinâmico este é influenciado por fatores como a perda de força muscular, o aumento do tempo de reação, as vertigens, o medo de queda (Pereira, 2004; Sephard, 1997), os problemas de visão e a dificuldade em diferenciar pressões (Sephard, 1997) que faz com que a marcha se torne mais lenta (Barreiros, 2006).

As alterações no equilíbrio estão relacionadas com o declínio cognitivo (Borges, Radanovic e Forlenza, 2015; Díaz-Pelegriña, Cabrera-Martos, López-Torres, Rodríguez-Torres e Valenz, 2016; Segev-Jacobovski et al., 2011) na medida em que, quando mais acentuado este é, maiores são as dificuldades tanto no equilíbrio estático como no dinâmico (Díaz-Pelegriña et al., 2016), sendo que é afetado negativamente quando se realiza uma tarefa cognitiva em simultâneo (Bruce-Keller et al, 2012; Diaz-Pegrina et al., 2016) ou uma atividade de preensão ao nível do membros superiores (Rinaldi e Moraes, 2016), havendo um maior risco de quedas (Borges et al., 2015). De um ponto de vista emocional, Pereira (2004) e Ramsey, Hin, Prado e Fernandez (2015) apontam que o equilíbrio é influenciado pela perda de confiança que se desencadeia em cada ocorrência de queda, gerando, conforme apontam Ramsey et al. (2015) sentimentos depressivos, de culpa e frustração, fazendo com que a pessoa tenha receio de realizar a sua rotina habitual, concretizando menos atividades e evitando outras, o que pode gerar isolamento. Contudo,

as alterações ao nível do equilíbrio e consequentes quedas podem ser evitadas (Shumway-Cook e Woollacott, 1995), conforme posteriormente explicado.

A presença de condições patológicas acentua estas dificuldades, como em alguns casos de pessoas com Doença de Alzheimer (Hllion, 2015) ou de Parkinson (Rodríguez, 2003).

Em sessão, trabalhar o equilíbrio é um dos alvos de intervenção do psicomotricista (Nuñez e González, 2012; Pereira, 2004), principalmente o equilíbrio dinâmico, uma vez que este é, frequentemente, utilizado quando a pessoa caminha na rua, onde os pavimentos são instáveis e é necessário mudar de direção (Pereira, 2004), um dos motivos pelas quais mais ocorrem as quedas (Ramsey et al, 2015). Para que este trabalho aconteça em ambiente de sessão, Pereira (2004) aponta que se pode recorrer à realização de percursos com obstáculos e diferentes relevos, sendo que Segev-Jacobovski et al., (2011) acrescentam a importância de trabalhar o equilíbrio associado a um aspeto cognitivo, de forma a desenvolver a capacidade de dupla tarefa. Também a dança pode ser um recurso, com o intuito de maximizar o equilíbrio e minimizar o risco de quedas (Filar-Mierzwa, Dlugosz, Marchewka, Dabrowski e Poznanska, 2016; Shanahan et al., 2016), o que trará à pessoa uma maior confiança e, consequentemente, uma maior autonomia nas atividades da vida diária (AVD), apontam Filar-Mierzwa et al., (2016). Complementando, Prata e Scheicher (2014) referem que também o treino da força muscular otimiza o equilíbrio e reduz a probabilidade de quedas.

1.3 Esquema e Imagem Corporal

Juhel (2010) define esquema corporal como o conhecimento concreto que a pessoa tem do seu próprio corpo, parado e em movimento. Já a imagem corporal, traduz-se na percepção que a pessoa tem do seu corpo, sendo mais subjetiva e já associada a sentimentos (Juhel, 2010; Olalla, 2009), não se dissociando das memórias pessoais, inclusive das memórias inconscientes que provêm das vivências relacionais (Olalla, 2009). Esta imagem do corpo está na base da comunicação com o outro, seja em situação de aproximação ou de evitamento (Nuñez e González, 2012; Olalla, 2009).

Com o envelhecimento, apesar de ser o fator psicomotor mais preservado (Fonseca, 2001), a organização do esquema corporal pode ser afetada pela existência de uma apraxia ideomotora, uma vez que a construção deste também depende da percepção da posição de cada parte do corpo e do movimento que executa, ou seja, do movimento que é planeado, organizado e com um objetivo definido (Rodríguez, 2003). É de referir que

a apraxia pode ser visível em dificuldades como a imitação de gestos, a pantomima ou a manipulação de objetos com o intuito de realizar uma ação (Goldenberg, 2016). Estando o esquema corporal afetado, poderá estar na base de dificuldade de percepção e de orientação, na descoordenação e lentidão dos movimentos e organização no espaço e, ainda, nas questões da relação com o outro e na diminuição dos cuidados de higiene (Juhel, 2010).

Não só o esquema como a imagem corporal vão sofrendo alterações (Juhel, 2010; Madera, 2005; Nuñez e González, 2012) e, nesta última, é importante a compreensão do conceito de corpo em constante mudança (Pereira, 2004), dadas as modificações causadas pelo envelhecimento que, frequentemente, são vistas de forma negativa (Bailey, Cline e Gammage, 2016) o que também é influenciado pelas diferenças sentidas entre o que se pretende que o corpo faça e o que o corpo, efetivamente faz e, ainda, por ser uma fonte de dor (Pereira, 2004), existindo um desinvestimento corporal, criando uma relação perturbada com o corpo (Nuñez e González, 2012) e consequente impacto na autoestima (Hilion, 2015).

Concretamente, no caso das pessoas com demência, há uma dificuldade da representação mental da imagem corporal, o que está relacionado com o facto desta não se reconhecer no espelho, sendo que esta situação pode, inclusive, gerar ansiedade (Juhel, 2010), daí que este possa ser um material a evitar (Rodríguez, 2003), como é o caso das pessoas com Doença de Alzheimer (Hilion, 2015).

Ao nível da intervenção do psicomotricista, nas questões do esquema corporal, é importante que o terapeuta direcione a atenção da pessoa para o movimento que está a realizar, de forma a que também perceba como este se organiza no espaço (Juhel, 2010), reforçando o autor a importância do corpo e da comunicação através deste, uma vez que, no caso da existência de demência, com os declínios em consequência desta, grande parte da comunicação será não verbal. Madera (2005) e Pereira (2004) acrescentam que é importante a promoção da noção do corpo como fonte que gera bem-estar.

Trabalhando-se com o corpo, existe a preocupação de respeitar as distâncias e as diferenças de género, cabendo ao psicomotricista fazer esta gestão (Pereira, 2004).

Em sessão de GPM, o balanço do corpo e as movimentações pelo espaço, de olhos abertos e fechados, são uma proposta para recuperar as sensações de prazer pelo movimento (Nuñez e González, 2012). Já Ambolt, Gard e Hammarlund (2016) referem que as atividades de consciencialização corporal permitem refletir sobre o que está a expressar o corpo. Por outro lado, e recorrendo ao exemplo das pessoas com Doença de Alzheimer,

Hilion (2015) refere a importância de valorizar a autoestima da pessoa, redescobrendo-se um corpo que pode manipular e onde se geram sensações de bem-estar e segurança, através da descoberta dos limites corporais e da diminuição das tensões e consequentes angústias, frequentemente causadas pela percepção da perda de capacidades e do estado de desorientação (Hilion, 2015). É, ainda, de referir que uma maior consciencialização corporal desencadeia maior relaxação dos músculos (Madera, 2005), a par de uma maior aceitação corporal (Nuñez e González, 2012), podendo recorrer-se ao método de Feldenkrais, focado na consciencialização dos movimentos ativos (Broome, Shamrock e Alcord, 2015).

Falando-se da intervenção que parte da percepção e compreensão corporal, importa especificar um trabalho específico neste domínio, nomeadamente os cuidados paliativos, onde a intervenção do psicomotricista está particularmente centrada no trabalho ao nível da noção e compreensão corporal.

Um dos exemplos da intervenção do psicomotricista ao nível do trabalho com o corpo, é a terapia nos cuidados paliativos uma vez que, e conforme referem Gaucher-Hamoudi e Guiose (2007), a Psicomotricidade assume um papel importante na promoção do conforto (focada na harmonia psicocorporal do indivíduo), da comunicação (através da promoção de um clima de confiança), na redução da dor (percebendo, primeiramente, o tipo de dor) e nas alterações do esquema corporal (que se devem às alterações corporais provocadas pela doença, com base na perda das capacidades propriocetivas ou num possível declínio cognitivo). Tudo isto para promover um melhor conhecimento do corpo, que possibilita o encontro dos limites corporais e, por outro lado, potencia a comunicação verbal das sensações obtidas (Le Roux, 2001).

Especificando o trabalho do psicomotricista na dor, depois de percebida com exatidão a dor sentida pela pessoa, pode começar-se por promover o toque nas regiões onde sente dor, fazendo com que a pessoa sinta que é compreendida (Gaucher-Hamoudi e Guiose, 2007). Depois, não se deve descurar o facto de que a personalidade de cada pessoa influencia a forma como lida com a dor, sobretudo a crónica (Pontone, Mari, Perepezko, Weiss e Basset, 2017). No caso da demência, as queixas de dor são as mais frequentes em meio institucional (Hendriks, Smalbrugge, Garre, Hertoghm e Steen, 2015).

Por outro lado, e seguindo a linha de pensamento de Gaucher-Hamoudi e Guiose (2007), é importante valorizar as outras áreas corporais, de forma a que a pessoa idosa sinta sensações positivas, não tendo como foco apenas a região onde sente dor. Ainda dentro desta temática, o psicomotricista deve ter em atenção que à dor podem estar

associados sinais de ansiedade, observando a expressão fisiológica do indivíduo, nomeadamente os batimentos cardíacos e a frequência respiratória (Gaucher-Hamoudi e Guiose, 2007).

Ao nível das estratégias, a par do já referido toque, podem ser utilizadas técnicas de relaxação, utilizando métodos que envolvam a contração e descontração muscular, como é o caso da Sofrologia ou do Treino Autógeno de Schultz, de forma a controlar o tónus (Gaucher-Hamoudi e Guiose, 2007; Le Roux, 2001), bem como o método Feldenkrais, focado na consciencialização corporal (Broome et al., 2015). As técnicas de relaxação, pelas suas vantagens ao nível da promoção do bem-estar (Gaucher-Hamoudi e Guiose, 2007; Le Roux, 2001), e por estarem na base da organização psíquica, frágil nas pessoas idosas, permitem novas possibilidades de sentir o corpo (Le Roux, 2001), ainda que as sensações de bem-estar possam ser momentâneas (Gaucher-Hamoudi e Guiose, 2007).

1.4 Noção de Espaço

A estruturação espacial é um dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010), responsável pela orientação espacial e pelas praxias construtivas (Rodríguez, 2003; Schintu et al. 2014), a par de ser influenciado por outros processos cognitivos, como é o caso da atenção (Erel e Levy, 2016).

Com o envelhecimento, este aspeto é afetado (Hilion, 2015; Nuñez e González, 2012) surgindo dificuldade da pessoa idosa se orientar num determinado lugar (Aubert e Albaret, 2001; Erel e Levy, 2016; Juhel, 2010). Paralelamente, de acordo com Juhel (2010) surgem algumas apraxias tais como as construtivas (notória na realização de cópias de desenhos e figuras tridimensionais), a apraxia de vestir (não identificação das peças de roupa, da sua utilidade e da forma como usá-la) e alterações nas habilidades visuoespaciais.

Juhel (2010) acrescenta que, em situações patológicas, também poderão ocorrer dificuldades de orientação na própria casa, acentuando-se, esta dificuldade, com a progressão da demência. À questão da orientação estão associados os declínios ao nível da memória espacial (Muffato, Meneghetti e Beni, 2016; Muffato, Meneghetti, Ruocco e Beni, 2017).

As habilidades visuoespaciais e construtivas estão alteradas tanto no caso de pessoas com Doença de Alzheimer como daquelas com Demência Frontotemporal (Grossi et al., 2002) e, nas pessoas com Doença de Alzheimer, são das primeiras competências a

ser afetadas (Zamboni et al., 2013), ainda que toda a noção de espaço seja, progressivamente, perdida (Hilion, 2015).

As atividades físicas têm um impacto positivo na percepção visuoespacial (Wang et al, 2014), tal como os jogos que utilizam um ábaco podem também ser utilizadas para trabalhar este fator (Mátias-Guiu et al., 2016).

1.5 Noção de Tempo

A estruturação temporal, também considerado um fator psicomotor (Fonseca, 2010) é vista como um conceito abstrato pelas pessoas idosas, motivo pelo qual se torna mais difícil de compreender por parte destas pessoas (Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012; Rodríguez, 2003), manifestando-se na dificuldade na compreensão de diferentes ritmos (Juhel, 2010). O autor aponta que, à perda da noção de tempo estão associadas a incapacidade de compreensão da sequencialização de uma ação, nomeadamente a noção do agora, dos acontecimentos em simultâneo e da percepção de sucessão.

No caso das demências, é frequente a pessoa não saber distinguir eventos atuais de passados (Juhel, 2010).

A percepção do tempo real pode ser facilitada pela rotina associada às sessões de GPM, uma vez que esta é uma nova realidade a que a pessoa idosa se vai habituando, estando inserida no seu contexto real (Madera, 2005), onde poderão realizar-se tarefas de orientação para a realidade, que ajudam a pessoa a compreender o tempo e o espaço onde se insere (Peralta, Gascón e Latorre, 2017).

1.6 Coordenação

A coordenação é definida como a capacidade de executar um ou mais movimentos, sendo que existem vários tipos de coordenação, que podem ser ao nível dos membros superiores e inferiores (Juhel, 2010). Para haver uma boa coordenação é necessária a existência de uma representação mental adequada, bem como de um correto esquema corporal (Juhel, 2010).

Ficando a coordenação comprometida no processo de envelhecimento (Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012), terá impacto nos movimentos quer voluntários, quer automáticos, interferindo em tarefas como andar (James et al., 2016; Juhel, 2010) ou agarrar um objeto (Juhel, 2010), neste caso em particular por também existir um declínio ao nível da coordenação oculomanual, não só ao nível da já referida manipulação, como na iniciação, interrupção (Rand e Stelmach, 2011), inibição do movimento (Levin, Fujiyama,

Boisgontier, Swinnen e Summers, 2014), e na redução da velocidade dos mesmos (Lamb et al., 2016). É de referir, ainda, as alterações na coordenação de grandes segmentos, nomeadamente o tronco (Sung, 2016) e na realização de movimentos rápidos (Aubert e Albaret, 2001). Para Juhel (2010), outros fatores que também influenciam a coordenação, são as alterações na regulação tónica, uma vez que o processo de contração-descontração ou é muito forte ou muito suave, a par da diminuição da força e elasticidade muscular e a da diminuição da flexibilidade das articulações.

Assim, é uma competência bastante afetada nas pessoas com Doença de Parkinson (Rordíguez, 2003). De outro ponto de vista, é um fator afetado pelas alterações na visão, conforme apontam Akram, Frank e Fazer (2010).

Ao nível da intervenção psicomotora na estimulação da motricidade global, Juhel (2010) sugere atividades que promovam a coordenação e a dissociação de movimentos, o equilíbrio e o controlo do tônus muscular em simultâneo. Uma melhor coordenação equivale a menores desequilíbrios (Akram et al., 2010) e, posteriormente, tem impacto na marcha (Hollman et al., 2013; James et al., 2016) e a velocidade da mesma (Hollman et al., 2013). A utilização das técnicas do método de Feldenkrais permite uma melhor utilização da força, percebendo, assim, de que forma é possível realizar as mesmas atividades de maneira diferente, (Broome et al., 2015), existindo um melhor controlo motor e na velocidade de realização de movimentos (Ulmann e Williams, 2016). Nas tarefas propostas pode recorrer-se à utilização de dois balões, realizando-se um percurso simultâneo, onde um é manipulado com as mãos e outro com os pés (Nuñez e González, 2012) e a mobilização de diferentes segmentos, que leva a uma maior autonomia física (Hilion, 2015). A utilização de percursos com obstáculos é, também, uma competência a ser treinada pois, as pessoas idosas, quando se deparam com objetos imprevistos, têm uma velocidade de reação menor, o que afeta a coordenação dos movimentos (Aubert e Albaret, 2001).

1.7 Motricidade Fina

A motricidade fina é uma competência psicomotora (Fonseca, 2010) sendo que, nas pessoas idosas, o controlo dos movimentos está relacionado com o planeamento motor específico e, quando mais complexo for o planeamento deste movimento, mais dificuldade a pessoa terá na sua execução (Corti et al., 2017)

Com o envelhecimento, há uma maior dificuldade nos movimentos finos, tanto ao nível da execução e precisão (Aubert e Albaret, 2001; Corti, Johnson, Riddle, Gasson,

Kane e Loftus, 2017; Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012), como do planeamento do mesmo (Corti et al., 2017). Contreras-Vidal, Teulings e Stelmach (1998) indicam que estas alterações podem estar relacionadas com as alterações da coordenação espacial, ou, como acrescentam Corti et al., (2017) com alterações ao nível das funções executivas, nomeadamente no planeamento motor.

A presença de condições patológicas, nomeadamente a artrose, faz com que a pessoa apresente mais dificuldades na pega pinça, na destreza manual e no movimento do polegar, que também se relacionam com a perceção de capacidade que a pessoa tem, sendo que, se esta perceção for elevada, a capacidade será maior (Peréz-Mármol et al., 2016).

Juhel (2010) refere duas grandes dificuldades no quotidiano da pessoa que têm por base a motricidade fina, nomeadamente a preensão de objetos e a perceção de texturas (com o envelhecimento há a redução da perceção dos estímulos exteriores), que podem ter origem em problemas neurológicos, musculares ou osteoarticulares. Estas dificuldades são acentuadas na presença de patologia, como a Doença de Alzheimer (Hilion, 2015). Também nas pessoas com Doença de Parkinson, a utilização cooperativa das mãos se torna mais difícil (Rodríguez, 2003).

Na intervenção psicomotora é importante trabalhar, a este nível, a coordenação, a precisão e a dissociação dos movimentos finos (Juhel, 2010), podendo recorrer-se a atividades de construção (Nuñez e González, 2012). Dada a relação apresentada por Corti et al. (2017) entre os movimentos mais finos e o planeamento, os autores salientam a importância da compreensão do impacto do trabalho ao nível das funções executivas como forma de otimizar a motricidade fina. Já na presença das já referidas condições patológicas, nomeadamente as artroses, é de salientar o trabalho na redução da dor e da diminuição da rigidez muscular (Juhel, 2010).

2 Alterações Cognitivas no Envelhecimento

Horning e Davis (2012) referem que, apesar de teoricamente as áreas da cognição serem divididas, todas elas se relacionam, sendo por isso frequente que as alterações, não só sejam comuns a todas as dimensões, como se afetem simultaneamente. Num lado oposto, os autores indicam que, apesar destes declínios, a inteligência da pessoa não só tende a permanecer estável como aumenta com as experiências, no caso do envelhecimento não patológico.

Assim, e dada a relação de todas as áreas, os programas de GPM devem contemplar aspetos como a memória, a atenção, as funções executivas, a compreensão e o cálculo simples (Madera, 2005), de forma a minimizar os declínios existentes neste âmbito (Nuñez e González, 2012). Pelas características de plasticidade (Craik e Rose; 2012; Horning e Davis, 2012) que o cérebro humano apresenta, a estimulação neste domínio torna-se fundamental, seja num nível preventivo ou terapêutico (Horning e Davis, 2012), de forma a intervir precocemente e minimizar o declínio cognitivo (Nishiguchi et al., 2015).

2.1 Funções Executivas

Para Horning e Davis (2012), as funções executivas dizem respeito a todos os processos cognitivos e de ordem superior que comandam as funções e comportamentos mais complexos, incluindo a iniciação e inibição de comportamentos, a capacidade de resolução de problemas, a tomada de decisão, o planeamento e a organização, a memória de trabalho e a atenção focada e dividida (Horning e Davis, 2012).

Estas competências, centradas nos lobos frontais, são afetadas quando, nesta zona do cérebro bastante vulnerável, ocorre uma atrofia ou morte celular neuronal no processo não patológico do envelhecimento, que é mais acentuado na presença de alguma perturbação, como é o caso da Doença de Alzheimer ou da Demência Frontotemporal (Horning e Davis, 2012).

Assim, as pessoas idosas apresentam mais dificuldades ao nível da flexibilidade cognitiva, na inibição na capacidade de resolução de problemas (necessitam, sobretudo, de mais tempo), referidas por Horning e Davis (2014) e Taconnat e Lemaire (2014) na tomada de decisão (Horning e Davis, 2012) e na velocidade de processamento (precisam de mais tempo para concluir a mesma tarefa), conforme apontam Blasco e Ribes (2016), Horning e Davis (2012) e Kennedy e Raz (2009). Quando há um declínio neste âmbito, a pessoa deixa de conseguir fazer várias tarefas em simultâneo e tem mais dificuldade em retomar uma atividade que foi interrompida, conforme descreve o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) na sua quinta edição (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Especificando, nos casos de envelhecimento patológico, a inibição, que diz respeito à capacidade de evitar uma resposta comportamental (Horning e Davis, 2012), encontra-se afetada nas pessoas com Demência Frontotemporal (Stopford, Thompson, Neary, Richardson e Snowden, 2012) e com Doença de Parkinson (Zamarian et al., 2006),

patologia onde se evidenciam, também, dificuldades ao nível da flexibilidade cognitiva. Já nas pessoas Doença de Alzheimer, há uma acentuação do declínio das funções executivas (Gold et al., 2017), sendo que Hilion (2015) especifica dificuldades na atenção, na planificação e na tomada de decisão. Comparativamente a pessoas idosas sem demência, as com Doença de Alzheimer têm uma velocidade de processamento mais lento e mais dificuldade em reter informações imediatas (Redondo, Beltrán-Brotóns, Reales e Ballesteros, 2016).

Redondo et al. (2016) acreditam que uma estimulação adequada, trará não só benefícios nas funções diretamente trabalhadas, como estará associada à melhoria da sua autoestima e relações sociais. Tarefas que envolvam a leitura e a escrita têm resultados positivos neste fator (Cotrena et al., 2017).

2.2 Memória

De uma forma geral, a memória é um processo cognitivo afetado no decorrer do processo de envelhecimento, (Blasco e Ribes, 2016; Klencklen, Lavenex, Bardner e Lavenex, 2017) especialmente a memória de trabalho (APA, 2013; Klencklen et al., 2017).

No envelhecimento não patológico, a referida memória de trabalho (capacidade de reter, de forma temporária, uma informação que é usada de imediato) é afetada, bem como as memórias não declarativa (diz respeito àquela que está relacionada com o que é evocado de forma automática) e declarativas (traduz-se na evocação consciente de factos ou informações). Relativamente às duas últimas, constata-se um declínio de ambas, sendo que na declarativa os sinais expressam-se a partir dos 50 anos, enquanto na não declarativa por volta dos 70, 80 anos (Horning e Davis, 2012). Também a memória episódica, que se refere àquela que retém os acontecimentos pessoais de vida (Gillund, 2012), é afetada no envelhecimento (Blasco e Ribes, 2016), devido à dificuldade nos processos de codificação (Craik e Rose, 2012), ainda que com menos intensidade, comparativamente à memória de trabalho (APA, 2013). As memórias explícitas (responsáveis pelos conhecimentos mais gerais) e as implícitas (guardam a informação de como executar habilidades) estão afetadas (Gillund, 2012), ainda que esta última, em comparação, seja das mais preservadas (APA, 2013).

Por sua vez, a reserva cognitiva é positivamente influenciada, por um lado, pela inteligência verbal (especificando, competência ao nível do vocabulário e leitura) e pelo nível de educação (Angel, Fay, Bouazzaoui e Isingrini, 2010; Speer e Soldan, 2015) mas também pela participação frequente em atividades sociais e recreativas, tanto no

envelhecimento com presença ou ausência de patologia, conforme apontam Speer e Soldan (2015).

Nos casos de pessoas com Doença de Alzheimer, a memória de trabalho está comprometida (Hilion, 2015; Stopford et al., 2012), notando-se uma dificuldade muito evidente na retenção de informações (Hilion, 2015) devido às alterações que ocorrem no lobo frontal, padrão similar que acontece na demência frontotemporal (Stopford et al., 2012). A referida memória de trabalho também sofre alterações quando a pessoa tem Doença de Parkinson (Zamarian, 2006).

Em sessão, para se estimular a memória de trabalho, algumas tarefas propostas passam pela memorização de palavras, criação de listas e associação de um movimento a um estímulo auditivo, que a par de melhorarem a capacidade de raciocínio, terão um impacto positivo na realização das AVD (Cantarella, Borella, Carretti, Kliegel e Beni, 2017), apesar de Horning e Davis (2012) alertarem para o facto dos melhores resultados serem, sobretudo, nas capacidades diretamente estimuladas. Também a música parece ter um efeito positivo, neste âmbito, quer na fase inicial, quer na intermédia da Doença de Alzheimer (Gallego e García, 2016). Fastame, Hitchcoott, Penna e Murino (2016) acrescentam que a memória de trabalho e a percepção da eficácia da mesma são, simultaneamente, influenciadas uma pela outra. Paralelamente, uma das atividades lúdicas para estimular a memória visual passa pela utilização do ábaco (Mátias-Guiu et al., 2016). Já a evocação de memórias a longo prazo pode contribuir para sentimentos de bem-estar (Maccallum e Bryant, 2011). Esta tarefa pode ser facilitada com a utilização de música (Madera, 2005), daí a importância de compreender os gostos musicais das pessoas idosas, no que respeita ao género e ao instrumento (Gallego e García, 2016), privilegiando-se as que lhes são familiares (Rodríguez, 2003) mas, por outro lado, deve conhecer-se alguns tipos de música que podem causar transtornos (Gallego e García, 2016), para as evitar.

2.3 Atenção

A atenção é um dos processos cognitivos afetados com o envelhecimento (APA, 2003; Blasco e Ribes, 2016), sendo que uma das dificuldades passa pela capacidade de excluir informação irrelevante quando está focado noutro estímulo (APA, 2013; Geerligts, Saliassi, Maurits, Renken e Lorist, 2014), que gera uma execução das tarefas mais demorada (APA, 2013). Numa outra perspetiva, Demeyer, Sanchez e Raedt (2017) referem que, frequentemente, as pessoas idosas centram a sua atenção, maioritariamente, em aspetos negativos.

Em casos de envelhecimento patológico, como nas pessoas com Doença de Alzheimer existe a dificuldade de manter a atenção tanto a ouvir uma instrução como a realizar uma tarefa (Stopford et al., 2012). Os autores referem que, também nas pessoas com Demência Frontotemporal, se verifica esta dificuldade ao nível da atenção, seja em estímulos únicos como continuados. Igualmente, nas pessoas com doença de Parkinson, as alterações na atenção a este nível terão impacto, influenciando outros processos cognitivos (Stuart, Lord, Hill e Rochester, 2016).

Núñez e González (2001, 2012) verificaram que a participação regular em sessões de GPM potencia o aumento do tempo de atenção e consequente maior tempo de permanência nas tarefas. Algumas das atividades propostas, para trabalhar este fator, passam pelo recurso ao ábaco (Mátias-Guiu et al., 2016), bem como os videojogos, nomeadamente, a atenção visual, a seletiva e a dividida (Belchior et al., 2013).

2.4 Linguagem

A linguagem verbal é um processo cognitivo complexo (Donnelly, Allendorfer e Szaflarski, 2011), relacionado com a memória de trabalho, processos executivos e velocidade de processamento (Madhavan, McQueeny, Howe, Shear, Szaflarski, 2014).

Com o envelhecimento, o vocabulário mantém-se ou melhora (Blasco e Ribes, 2016), havendo uma preservação das competências da linguagem recetiva, especificamente a leitura (Zhuang, Johnson, Madden, Burken, e Diaz, 2016). Porém, a fluência verbal é afetada em consequência das alterações na velocidade da fala, atenção e produção motora (Blasco e Ribes, 2016), a par das dificuldades em compreender e produzir a linguagem, em acompanhar conversas rápidas sobre temáticas que são desconhecidas à pessoa (Martín-Aragoneses e Fernández-Blásquez, 2012), ou em ambientes com demasiados estímulos externos, fator que também se relaciona com as dificuldades de memorização e na seleção da atenção (James, Krishnan e Aydelott, 2014).

Estas alterações são frequentes no envelhecimento mas acentuam-se na presença da Doença de Parkinson (Zamarian et al, 2006), em situações de défice cognitivo ligeiro ou nas pessoas com Doença de Alzheimer (Aranda, Gordillo-Villatoro, Enamorado, López-Zamora, 2017; Martín-Aragoneses e Fernández-Blásquez, 2012), onde se verifica um declínio na conversa espontânea logo no início da progressão da doença, enquanto que tarefas como a denominação ou a repetição de palavras são mais evidentes em fases avançadas da patologia (Aranda et al., 2017). Nestas fases avançadas, é fundamental estimular a linguagem não verbal (Rodríguez, 2003).

Ao nível das terapias, a musicoterapia mostra ter benefícios, tanto em fases iniciais como intermédias da Doença de Alzheimer (Gallego e García, 2016), bem como tarefas de estimulação cognitiva, onde podem ser utilizadas atividades como a leitura de histórias e a discussão de notícias (Capotosto et al., 2017).

2.5 Cálculo

O cálculo é um processo cognitivo que sofre alterações com o envelhecimento, que embora seja pouco evidenciado nos processos simples, é sobretudo afetado em operações aritméticas mais complexas, o que também se deve às alterações tanto na velocidade de processamento, como da memória de trabalho (Rozenkwajg, Schaeffer e Lefebvre, 2010). Também quando existe um declínio cognitivo ao nível da atenção, verifica-se uma maior dificuldade em realizar cálculos mentais (APA, 2013).

Esta é uma habilidade que, no caso de algumas demências, se encontra preservada, como na Demência Semântica (Cappelletti, Butterworth e Kopelman, 2001; Cheng et al., 2013; Crutch e Warrington, 2002; Julien, Thompson, Neary e Snowden, 2008), sobretudo ao nível do conhecimento dos números, a contagem e algumas operações aritméticas simples (Cappelletti et al., 2001; Crutch e Warrington, 2002). Por outro lado, Corey, McMillan, Moore, Denis e Grossman (2003) enumeram dificuldades neste âmbito, tanto em pessoas com Demência Frontotemporal ou com Doença de Alzheimer, influenciadas pelas limitações na retenção a curto prazo. As alterações nas pessoas com esta última patologia, bem como nas com Demência Vascular são reforçadas por Marterer, Danielczyk, Simanyie e Fischer (1996) que acrescentam que, de uma forma geral, as dificuldades serão maiores com a progressão da demência. Também nas pessoas com Doença de Parkinson verificam-se alterações nas competências aritméticas que, mais uma vez, se relacionam com as alterações na memória de trabalho e nas funções executivas (Zamarian et al., 2006).

Em terapia, as atividades de cálculo com recurso ao ábaco, são uma das sugestões de Mátias-Guiu et al., (2016), não só para o reconhecimento de quantidades, mas também para a realização de operações simples.

3 Alterações Sensoriais no Envelhecimento

Os processos sensório-percetivos bem como a memória sensorial são afetados no decorrer do envelhecimento (Ruzzoli, Pirulli, Brignani, Maioli e Miniussi, 2012). A intervenção psicomotora, não dando, de forma direta, resposta a estas alterações, tem que as

compreender, pois elas influenciam todo o processo de envelhecimento. Por um lado, é necessário percebê-las para ajustar tarefas e materiais em sessão e, por outro, podem ser encontradas estratégias, em conjunto com a pessoa idosa, para minimizar o impacto destas alterações no seu cotidiano.

3.1 Visão

Com o envelhecimento, podem surgir perdas sensoriais na visão, nomeadamente a redução da sensibilidade à luz, que faz como que haja uma menor acuidade visual central e periférica, maior dificuldade na adaptação a diferentes níveis de luminosidade, na diferenciação de cores e contrastes, nos processos de focagem e de ver objetos com precisão (Aubert e Albaret, 2001). Assim, aquando da preparação de materiais, é importante otimizar os contrastes figura fundo (Schaadt e Kerkoff, 2016).

Outra das dificuldades, associada à visão, ainda que relacionada com competências cognitivas, é a agnosia visual, ou seja, uma dificuldade em reconhecer objetos e imagens através da visão (Alvaréz e Masjuan, 2016; Schaadt e Kerkoff, 2016), que se subdivide em agnosia aperceptiva (discriminação dos objetos) e associativa (nomeação dos objetos), conforme indicam Schaadt e Kerkoff (2016). Nos casos das pessoas com Doença de Alzheimer, a par das agnosias já referidas, surge também, frequentemente, a dificuldade em reconhecer caras (Leruez et al., 2012).

Na perspetiva das pessoas idosas, é importante que à perda desta capacidade não esteja associada uma diminuição da independência (McGrath, Rudman, Polgar, Spafford e Trentham, 2016).

3.2 Audição

Com o envelhecimento surgem dificuldades na audição, (Aubert e Albaret, 2001; Cooper, Todd, McGill e Michie, 2006; Goossens, Vercammen, Wouters, e Wieringen, 2017), especificamente no processamento dos estímulos auditivos (Cooper et al., 2006; Goossens et al., 2017), comprometendo a compreensão auditiva (Aranda et al., 2017) evidentes quando existe barulho de fundo, que acentua as limitações na compreensão da fala (Goossens et al., 2017) o que poderá ter influência nas interações do cotidiano, consequente impacto no desempenho das AVD (Goossens et al., 2017; Sogebi, Oluwole e Mabifah, 2015) e na comunicação com os outros (Juhel, 2010). Esta dificuldade sensorial está relacionada pelas limitações que existem no domínio cognitivo (Goossens et al., 2017).

Em consequência da perda de audição, nas pessoas com demência, há dificuldades na comunicação (Slaughter, Hopper, Ickert e Erin, 2014) desencadeando-se alterações comportamentais negativas, que podem ser minimizadas quando são ensinadas novas estratégias de comunicação (Mamo et al., 2017). Algumas destas estratégias passam por repetir instruções, falar em frente à pessoa, usar gestos e expressões faciais, falar mais devagar e ligeiramente mais alto (Slaughter et al., 2014).

3.3 Tato, Paladar e Olfato

A percepção tátil diminui com o envelhecimento (Aubert e Albaret, 2001; Amaied, Vargiolu, Bergheau e Zahouani, 2015; Breen, Serrador, O'Tuathail, Quinlan, McInstosh e Ólaighin, 2016), sendo que é mais difícil distinguir estímulos (Amaied et al., 2015; Aubert e Albaret, 2001), há uma redução do tempo de reação aos mesmos (Amaied et al., 2015) e perda da sensibilidade (Vieira et al., 2016). Da parte do cuidador ou do terapeuta, o contacto pelo tato não deve ser descurado, uma vez que é uma forma de transmitir segurança e, consequentemente, diminuir a ansiedade (Kim e Buschmann, 1999).

Relativamente ao paladar, as pessoas idosas, a par de terem uma diminuição de sensibilidade a este nível (Aubert e Albaret, 2001), não só têm mais dificuldade na percepção deste sentido (Hoogeveen, Dalenberg, Rennken, Horst e Lorient, 2015; Lang et al., 2006; Ogawa et al., 2017) como em focar a atenção para o mesmo (Hoogeveen et al., 2015). Esta limitação é maior nos processos demenciais (Lang et al., 2006), como é o caso das pessoas com doença de Alzheimer (Ogawa et al., 2017; Schiffman, Clark e Warwick, 1990).

Por outro lado, também há perda da sensibilidade olfativa (Aubert e Albaret, 2001; Lafreniere e Mann, 2009). No caso das pessoas com doença de Alzheimer, o olfato vai ficando cada vez mais afetado com o progredir da doença (Devanand, 2016; Wong, Muller, Kuwabara, Studenski e Bohnen, 2010), existindo alterações, também, nas pessoas com doença de Parkinson (Lang et al., 2006; Wong et al., 2010). Por sua vez, as limitações cognitivas consequentes levam a dificuldades na discriminação olfativa (Aubert e Albaret, 2001; Jin et al., 2016). Devanand (2016) aponta que esta limitação pode estar na origem de vários acidentes domésticos, devido à dificuldade em identificar cheiros nocivos ou em compreender se alimentos estão, ou não, próprios para consumo. Este sentido, por outro lado, é importante, na medida em que desperta o apetite, aspeto essencial para uma nutrição adequada (Lafrenier e Mann, 2009).

A estimulação dos sentidos tem, especial pertinência, quando a deterioração cognitiva se acentua, surgindo como resposta terapêutica as intervenções que aliam os

estímulos auditivos, olfativos e visuais (Berhrman, Chouliaras e Ebmeier, 2014). O recurso à terapia em sala de estimulação multissensorial, a sala de Snoezelen, poderá ser uma alternativa, para os estimular, desencadeando um momento de prazer e relaxação, potenciando-se a relação com o outro e a capacidade de escolha (Moraes, 2007).

4 Alterações Socioemocionais no Envelhecimento

Ao envelhecimento estão inerentes alterações comportamentais e sociais (APA, 2013; Linde, Matthwes, Denning e Brayne, 2017), seja em casos de envelhecimento com ou sem patologias associadas.

De um ponto de vista social, o envelhecimento pode ser visto, positivamente, quando há uma boa interação com o outro (Díaz-López et al., 2017; Fisher e Specht, 1999), existem redes de suporte (Uribe, 2015; Tkatch, 2017) e há participação ativa nos locais onde a pessoa idosa está inserida (Díaz-López et al., 2017; Uribe 2015), mantendo as suas rotinas (Tkatch, 2017), contrariando-se a perspetiva de isolamento social nesta etapa, avançada por Olalla (2009).

Ao nível emocional, esta é uma fase da vida onde surgem estados emocionais como medos e angústias sendo que podem ocorrer somatizações dos mesmos (Nuñez e González, 2012), traduzindo-se em alterações comportamentais (APA, 2013; Linde et al., 2017).

Quando existe um processo de envelhecimento patológico, a pessoa tem perceção das suas limitações, gerando sentimentos negativos, o que irá acentuar as dificuldades na realização dos gestos habituais da sua vida (Hilion, 2015). Também neste domínio patológico, é de referir que começam a surgir dificuldades em cumprir normas socialmente estabelecidas, reconhecer a expressividade dos outros e não ser capaz de pensar no seu núcleo, familiar e de amigos, aquando da tomada de decisões (APA, 2013). Ainda assim, apesar dos declínios verificados, o processamento emocional inconsciente encontra-se preservado (Domenico, Palumbo, Fairfield e Mammarella, 2016) e, ainda que a pessoa idosa não consiga regular ou expressar uma emoção (APA, 2013; Hilion, 2015), continua a conseguir compreendê-la (Hilion, 2015), apesar das dificuldades em perceber a expressividade que lhe está associada (APA, 2013).

Nos quadros patológicos específicos, existem sintomas típicos em cada perturbação, nomeadamente apatia (Domenico et al, 2016; Wint e Cummings, 2016),

irritabilidade, postura depressiva e delírios nas pessoas com Doença de Alzheimer, alucinações visuais, comportamentos motores aberrantes e postura depressiva nas pessoas com Demência por Corpos de Lewy, apatia, agressão, agitação e postura depressiva nas pessoas com Demência Vascular, desinibição e comportamentos motores aberrantes nas pessoas com Demência Frontotemporal e alucinações, agitação e postura depressiva nas pessoas com Doença de Parkinson quando a esta já está associada a demência (Wint e Cummings, 2016) e instabilidade emocional (Pontone et al., 2017; Rodríguez, 2003), devido à percepção das suas limitações (Rodríguez, 2003) afetando, diretamente, os níveis de qualidade de vida (Pontone et al., 2017).

De uma forma geral, ao nível da intervenção, a GPM deve contrariar as alterações a este nível, nomeadamente as alterações emocionais e a perda de autoestima (Nuñez e González, 2012). Numa fase inicial, e de forma a que as pessoas saibam lidar com a perda das capacidades cognitivas, pode surgir a necessidade de criar grupos de apoio e partilha (Pontone et al., 2017).

A combinação de programas que aliem a atividade motora com a estimulação cognitiva são um meio de reduzir os sintomas depressivos (Huang, Liu, Tsai, Chin e Wong, 2015) aliando as atividades de cariz mais físico ou ocupacional, à terapia farmacológica, de forma a obter-se melhores resultados (Rapp et al., 2013).

Aquando do envelhecimento associado à demência, dentro de um **estado de hiperatividade**, a pessoa pode estar agitada ou agressiva, em estado de euforia, irritável (Linde et al, 2017; Wint e Cummings, 2016), desinibida, com comportamentos motores aberrantes (Wint e Cummings, 2016) ou com períodos de deambulação (Rodríguez, 2003). Com a progressão da demência, é comum que a agitação seja maior (Hendriks et al., 2015), sendo exemplo disso a fase avançada da Doença de Alzheimer (Rodríguez, 2003).

No parâmetro da agitação a aromaterapia (massagem aliada a um aroma) mostra ter benefícios, inclusive mais positivos do que terapias como a estimulação cognitiva ou de reminiscência (Yang, Lee, Chao, Hsu e Wang, 2016), sobretudo em quadros demenciais moderados a severos (Kaymaz e Ozdemir, 2016), uma vez que a massagem, nesta população, está também associada a sentimentos de maior bem-estar emocional (Munk e Zanjani, 2011; Pace et al., 2011b) sendo um meio de comunicação com a pessoa, que pode só já comunicar de forma não verbal havendo, ainda, a possibilidade de desencadear memórias positivas (Pace, et al. 2011b). Também a música permite a redução da agitação e dos comportamentos associados (Ho, Jeng, Tang, Sung e Chen, 2011; Gallego e García, 2016; Madera, 2005; Pace, et al. 2011b).

Num sentido oposto, poderá também ocorrer um **estado de apatia**, estando a pessoa desinteressada e indiferente (Domenico et al., 2016; Esposito et al., 2014; Lanctôt et al., 2016; Linde et al., 2017; Rajkumar et al., 2016; Wint e Cummings, 2016) sendo este estado de indiferença um dos mais habituais na presença de um declínio cognitivo (Lanctôt et al., 2016; Linde et al., 2017) ou nas pessoas com Doença de Alzheimer (Lanctôt et al., 2016; Tagariello, Girardi e Amore; 2009), podendo apresentar muito sono ou alterações no apetite (Wint e Cummings, 2016). Dada a forte prevalência dos estados de apatia (Linde et al., 2017; Agüera-Ortiz et al., 2015) surge a necessidade de avaliar (Bertens et al., 2017; Agüera-Ortiz et al., 2015), inclusive para haver uma diferenciação entre a apatia e a depressão (Tagariello et al., 2009). Contudo, este é um procedimento que exige especial cuidado para evitar associações negativas (Bertens et al., 2017). De forma a minimizar a apatia, e nos estados leves a moderados da demência, Hsieh et al. (2010) sugerem a realização de atividades de reminiscência em grupo, valorizando a importância desta interação social, reforçada por Rajkumar et al. (2016), terapias estas que devem ser continuadas ao longo do tempo (Treusch et al., 2015). Paralelamente, e uma vez que o olhar vazio da pessoa com demência pode ser um comportamento frequente, o psicomotricista deve colocar-se no seu campo de visão e realizar atividades focadas neste aspeto (Madera, 2005).

Por outro lado, o comportamento pode ser influenciado, num quadro patológico, pela possibilidade de ocorrência de **delírios, alucinações e estados de ansiedade** (Wint e Cummings, 2016). Degirmenci e Keçeci (2016) e Leruez et al. (2012) apontam que, em condições patológicas, surgem alucinações visuais, sendo que os últimos autores referem que são mais frequentes que as auditivas ou táteis. Nas pessoas com Doença de Parkinson, estas podem acontecer, principalmente, com o progredir da doença (Borgemeester, Lee e Laar, 2016; Gama et al., 2014), assim como nas pessoas com Demência de Corpos de Lewy (Collerton e Perry, 2011). A terapia farmacológica não deve ser descurada, nestes casos (Borgemeester et al., 2016; Degirmenci e Keçeci, 2016).

Apresentadas as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, surge a necessidade de compreender de que forma é a que a GPM é uma das respostas às mesmas.

5 Gerontopsicomotricidade

Neste capítulo, pretende-se explicar que a Terapia Psicomotora, no processo de envelhecimento – GPM - tem características específicas a vários níveis: objetivos, dimensões e cuidados a ter na abordagem a pessoas mais velhas. A par destes fatores, há processos essenciais na intervenção, como os momentos de observação e avaliação, que também devem ser adaptados às características comuns das pessoas idosas. No mesmo sentido, também as sessões têm uma estrutura benéfica, com o psicomotricista como agente facilitador na abordagem à referida população. Por último, será também especificada a pertinência dos materiais na intervenção.

5.1 Fundamentos da Gerontopsicomotricidade

A GPM é uma terapia não farmacológica (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012) e de mediação corporal (Morais, 2007) que permite atenuar as alterações inevitáveis do envelhecimento (Fonseca, 2001; Hilion 2015; Nuñez e González, 2001; Pereira, 2004) assumindo-se como um método de reeducação das perturbações psicomotoras, cognitivas e emocionais, recorrendo a técnicas psicocorporais (Hilion, 2015) sendo, por isso, importante integrar os programas terapêuticos dirigidos a esta faixa etária (Nuñez e González, 2012).

O conceito de GPM envolve a dimensão biológica (respeita as alterações biológicas que acontecem no organismo durante o processo de envelhecimento), a psicológica (modificações na aprendizagem, atenção, memória e personalidade), a sociocultural (mudanças na estrutura social e alterações culturais) e a corporal (modificações na imagem corporal) sendo que é, precisamente, neste último ponto que incide o foco principal do trabalho do psicomotricista, não descurando a atenção dada aos outros fatores enunciados (Tuzzo e Demarchi, 2007).

Na GPM entende-se o corpo em movimento como uma forma de conexão com o mundo (Vásquez e Mila, 2014), valorizando-se a comunicação não verbal e o diálogo tónico-emocional (Hilion, 2015), tendo precisamente como base a consciência corporal, obtida através das várias sensações e de movimentos que proporcionam sentimentos de bem-estar a nível corporal e que contribuem para a formação da identidade não só a este nível, mas também a nível psíquico (Olalla, 2009). Pereira (2004) acrescenta, ainda, a importância das experiências corporais vividas ao longo da vida, enquadradas na história e no contexto em que a pessoa se inseriu.

Como objetivos da GPM, primeiramente, o enfoque é em relação ao próprio corpo, nomeadamente na redescoberta do prazer do movimento, aumentando e diversificando-o, promovendo-se a consciência do corpo e tendo segurança nos deslocamentos (Olalla, 2009). Por outro lado, o referido autor centra-se nas questões da criatividade gerada através dos materiais, bem como das hipóteses de jogo que estes potenciam e, consequentemente, a atribuição e posterior representação das vivências acontecidas com base nestes. Também um dos objetivos diz respeito à relação com os outros, especificamente, em aumentar a frequência e a qualidade destas interações (Nuñez y González, 2012; Olalla, 2009), melhorar a descentração (através da escuta, posterior compreensão e ajuste ao outro), descobrir a comunicação não verbal e diminuir os sentimentos de angústia em relação às perdas (Olalla, 2009), sendo que em contexto de grupo deve ser incentivada a socialização de forma a promover a coesão grupal (Morais 2007; Rodríguez, 2003; Vásquez e Mila, 2014). Por outro lado, existe a construção da própria identidade, começando numa melhoria geral do bem-estar, diminuindo as vivências de dor, valorizando-se enquanto pessoa (Olalla, 2009), compreendendo e aceitando as suas capacidades e dificuldades (Olalla, 2009; Vásquez e Mila, 2014), diminuindo as angústias associadas a este processo de envelhecimento (Nuñez e González, 2012; Vásquez e Mila, 2014) e apercebendo-se que ainda é um agente ativo (Madera, 2005).

Matilla-Mora, Martínez-Piédrola e Huete (2016) enunciam outros princípios que devem ser tidos em conta, quando se realizam atividades com pessoas com declínios cognitivos ou demências, especificamente a elaboração de atividades divertidas a decorrer num ambiente harmonioso, a existência de uma comunicação empática entre o terapeuta e as pessoas idosas, a utilização do reforço positivo como estratégia de motivação, a realização da orientação respeitando as capacidades atuais da pessoa e a promoção de momentos de aprendizagem sem realizar erros, de forma a que o ambiente seja prazeroso e a pessoa se sinta respeitada. Na planificação de tarefas para pessoas com demência, deverão ser encontradas estratégias para condições que poderão não ser reversíveis, encontrar o prazer no movimento (Morais, 2007; Rodríguez, 2003), mesmo que o corpo já apresente algumas limitações a este nível e estimular a motivação e a criatividade (Rodríguez, 2003). A questão tanto da criatividade como da espontaneidade é reforçada por Morales (2007), principalmente até ao momento das doenças em que estas competências não estão afetadas, de forma a promover os sentimentos de identidade e autoeficácia que, acrescentam Fisher e Specht (1999), estão na base da motivação para a realização de diferentes tarefas e para a resolução de problemas e contrariando a falta de

investimento criativo, causado por uma menor motivação que tem na sua origem os declínios habituais do envelhecimento, referidos por Mazzucchi, Sinforiani e Boller (2013).

5.2 Observação e Avaliação em Gerontopsicomotricidade

A observação, no processo de intervenção psicomotora, é uma componente essencial, constituindo-se como uma metodologia de avaliação global (Fonseca, 2001) sendo um momento rigoroso, beneficiado pela maior familiarização do terapeuta com esta técnica (Brito, 2005). Na observação das pessoas idosas, e uma vez que estas nem sempre conseguem exprimir, de forma clara, as suas dores, principalmente se tiverem dificuldades em expressar conceitos abstratos, Pace, Treloar, Scott e Watson (2011a) sugerem que se tenha especial atenção à agitação, às verbalizações e aos movimentos repetitivos, às hipertonias, às mudanças no ciclo de sono ou choro, uma vez que a aplicação de escalas, em fases avançadas de processos demenciais, tem-se revelado pouco útil, indo ao encontro do apontado por Fonseca (1985, 2010) que reforça a importância de uma observação global e enquadrada no contexto onde a pessoa se insere.

Aragón (2012) e Madera (2005) referem que deve ser observada a relação da pessoa com o seu corpo (coordenação geral, esquema e imagem corporal, tónus muscular, olhar e gestualidade), a relação com espaço (a forma como o ocupa e explora, que locais prefere e que locais evita), a relação com o tempo (forma como organiza o tempo, não só durante a sessão mas também nos momentos iniciais e finais), a relação com os objetos (quais e como explora e a forma como os utiliza para estabelecer a comunicação com o outro), a relação com as outras pessoas envolvidas (seja o psicomotricista ou as restantes pessoas presentes na sessão) e, ainda, a linguagem (como comunica, a forma como faz e aquilo que diz), existindo elementos facilitadores, apontados por Aragón (2012), como o facto da sessão ser realizada por duas pessoas ou ser gravada.

Este processo, aliado a uma reflexão, deve ser realizado ao longo de toda a intervenção, fazendo-se registos do mesmo no final de cada contacto terapêutico com a pessoa idosa (Aragón, 2012; Morais, 2007).

A par dos benefícios associados à observação, a utilização de um protocolo de avaliação não deve ser descurada, conforme aponta Boscain (2003), na medida em que permite tornar o processo mais objetivo. Albaret, Aubert e Sallagoity (2001) alertam para que, e tendo em conta a diminuição da atenção, do tempo de reação e de algumas dificuldades associadas ao movimento, é importante que o técnico considere a hipótese de dividir este momento em mais do que uma sessão, sendo o *Exame Gerontopsicomotor*

(EGP) exemplo disso (Michel, Soppelsa e Albaret, 2011). Quando se trata deste tipo de técnicas com valores quantitativos, é possível fazer a comparação entre os valores da pessoa avaliada e os seus pares (Aragón, 2012).

Depois deste momento, o psicomotricista pode traçar os objetivos, planejar a intervenção, dando as respostas adequadas ao caso (Fonseca, 2010; Pitteri, 2004).

5.2.1 Instrumentos de Avaliação.

Dos vários instrumentos identificados para avaliar os domínios que um psicomotricista deve recolher informação para fazer decidir a sua intervenção com a população idosa, serão especificados aqueles que foram utilizados no decorrer do estágio, apresentado na segunda parte deste documento.

5.2.1.1 Mini Mental State Examination.

O *Mini Mental State Examination (MMSE)* é um teste de aplicação à pessoa idosa que permite fazer um despiste de um possível declínio cognitivo, em função da cotação obtida, que varia entre 0 e 30 e a relação com o nível de escolaridade da pessoa (Folstein, Folstein e Folstein, 2011). A sua aplicação, de acordo com os referidos autores, demora cerca de 10 minutos e avalia os seis seguintes domínios:

1. Orientação: a cada resposta certa sobre perguntas referentes à data e ao local onde a pessoa se insere, é atribuído um ponto;
2. Retenção: o técnico repete três palavras, que a pessoa deve repetir de imediato, ganhando um ponto por cada palavra correta;
3. Atenção e Cálculo: a pessoa idosa deve fazer subtrações de três a partir de 30, parando quando lhe é solicitado. É cotado, igualmente, com um ponto a cada resposta certa;
4. Evocação: é pedido à pessoa idosa que repita as três palavras do tópico da retenção. A cada palavra evocada, é dado um ponto;
5. Linguagem: este domínio subdivide-se em várias provas, sempre cotada cada uma com um ponto. Especificando, a pessoa deve nomear dois objetos, repetir uma frase, realizar uma ação dividida em três momentos (pegar, dobrar e devolver uma folha), ler uma frase e efetuar a ação nela pedida e escrever uma frase;
6. Habilidade Construtiva: copiar um desenho de dois pentágonos sobrepostos, tarefa igualmente cotada com um ponto.

Para a aplicação do *MMSE* é necessária uma caneta, um relógio, uma folha branca, uma frase que refira 'Feche os olhos' e o desenho de dois pentágonos sobrepostos (Folstein et al., 2011; Folstein, Folstein e McHuhn, 1975). A interpretação da cotação, de acordo com os autores, deve ser feita da seguinte forma: é considerado défice cognitivo quando a pessoa tem uma pontuação igual ou inferior a 15 se a pessoa for

analfabeta; tem uma pontuação igual ou inferior a 22 e tem entre um a 11 anos de escolaridade; tem uma pontuação igual ou inferior a 27 e tem mais do que 11 anos de escolaridade.

5.2.1.2 Exame Gerontopsicomotor.

Criado em França no ano de 2011, por Michel e seus colaboradores, o *EGP* é um instrumento de avaliação das competências psicomotoras, para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que tem como objetivo definir o perfil psicomotor do indivíduo, sendo uma ferramenta útil não só para orientar o primeiro momento de um programa de intervenção individualizado, mas, também, para avaliar a eficácia das intervenções que poderão já estar a decorrer (Michel et. al, 2011).

Relativamente à sua constituição, tanto na versão original de Michel e colaboradores (2011) como no validado para a população portuguesa de Morais, Santos e Lebre (2016), o *EGP* é constituído por 52 itens, divididos em 17 domínios, seguidamente apresentados.

1. *Equilíbrio Estático I*: o indivíduo deve permanecer de pé e com apoio bipodal, durante cinco segundos. A cotação é dada em função dos apoios necessários, sendo que a mais apoios corresponderá uma menor cotação;
2. *Equilíbrio Estático II*: durante cinco segundos, o sujeito deve manter o equilíbrio na ponta dos pés, seguidamente sobre um pé e, por último, na ponta de um pé. Novamente, a cotação será dada consoante a necessidade de apoio;
3. *Equilíbrio Dinâmico I*: o avaliado deve caminhar em linha reta, num percurso de cinco metros, virar-se e voltar ao ponto de partida. A cotação dada será mais elevada, quanto menos ajudas forem necessárias;
4. *Equilíbrio Dinâmico II*: a pessoa idosa deve caminhar rapidamente ou correr em linha reta, durante cinco metros, virar-se e voltando ao ponto de partida. A cotação é dada se o tipo de deslocamento é, ou não, mantido em todo o percurso;
5. *Mobilização Articular dos Membros Superiores*: primeiramente, o avaliador mobiliza o pulso, cotovelo e ombro, direito e esquerdo da pessoa, sendo que de seguida é esta que realiza o movimento. A cotação é realizada de acordo com a amplitude dos movimentos realizados;
6. *Mobilização Articular dos Membros Inferiores*: ao início, o avaliador mobiliza o tornozelo, joelho e anca, direito e esquerdo da pessoa, sendo que de seguida é esta que realiza o movimento. A cotação é realizada de acordo com a amplitude dos movimentos realizados;
7. *Motricidade Fina dos Membros Superiores*: a pessoa deve abotoar e desabotoar um colete no mínimo de tempo possível (a cotação é tanto maior quanto mais rápido for) e, paralelamente, tamborilar, tocar com as pontas de todos os dedos na ponta do polegar (oponência do polegar) e pegar numa moeda com os dois dedos (nestas tarefas a cotação

- é realizada de acordo com a precisão do gesto). Todas as propostas, à exceção da primeira, são realizadas com a mão direita e esquerda;
8. *Motricidade Fina dos Membros Inferiores*: é solicitado à pessoa que coloque os pés sobre duas pegadas e, depois, quatro pegadas (cotado através da precisão com que execute o movimento) e que pontapeie uma bola sentado (avaliada a capacidade de chutar a bola, cotando-se os dois pés);
 9. *Praxias*: o indivíduo deve fingir que come com faca e garfo, realizar os gestos de cumprimentar, ralhar, escovar os dentes e pregar um prego, escrever o nome, apelido e data de nascimento e copiar duas figuras geométricas (todos estes itens são cotados de acordo em função da prestação da pessoa idosa na tarefa). Paralelamente, e anotando o tempo para posterior avaliação, é construída uma pirâmide de 12 cubos;
 10. *Conhecimento das partes do corpo*: com recurso a duas ilustrações do corpo humano, o sujeito deve indicar quais as partes do corpo em falta, sendo que a cotação é feita em função do número de ausências encontradas. Depois, o avaliador refere partes do corpo para que a pessoa idosa aponte em si próprio e de seguida, nomeia partes apontadas pelo avaliador (pontuação atribuída em função das partes acertadas). Por último, ainda são realizadas imitações de posições sugeridas pelo avaliador, cotando-se de acordo com a precisão da imitação realizada;
 11. *Vigilância*: o primeiro tópico refere-se a uma observação permanente do avaliador durante toda a tarefa em relação à manutenção da atenção. De seguida, é solicitado ao indivíduo que agarre um cubo ao sinal (atribuindo-se a avaliação tendo em conta se agarra ou não agarra) e, por último, é pedido que identifique cores e formas (cota-se de acordo com as respostas certas);
 12. *Memória Percetiva*: o sujeito deve recordar as cores nomeadas no item 11 (atribuindo-se pontos caso o faça corretamente) e, de seguida, as posições corporais realizadas no item 10 (cotação feita em função das pistas necessárias);
 13. *Domínio Espacial*: é pedido à pessoa idosa que se localize relativamente à instituição e respetiva localidade, especifique noções de frente e trás utilizando objetos, divida linhas em duas e três partes iguais, aponte objetos de acordo com uma instrução prévia e responda a perguntas sobre o posicionamento dos mesmos e, por fim, indique o trajeto e guie o avaliador por uma divisão da casa, previamente definida. A cotação é dada dependendo se a tarefa é realizada de forma correta ou incorreta;
 14. *Memória Verbal*: num primeiro momento, o avaliado deve repetir três palavras que lhe são ditas, de seguida, referir, por ordem cronológica, três momentos do seu dia e, por último, evocar as palavras da primeira tarefa do item. A pontuação é feita de acordo com a quantidade de ajudas necessárias;
 15. *Perceção*: cotando-se o número de sucessos, a pessoa idosa deve reconhecer a canção 'Parabéns a Você', cantando-a com o avaliador, imitar ritmos, identificar objetos através do

tato e, depois, imagens. Por último, deverá ler um texto, sendo que a pontuação deste último parâmetro é feita de acordo com o número de anomalias;

16. *Domínio Temporal*: é pedido ao indivíduo que refira a sua data de nascimento, a data do dia, indique a hora que vê no relógio, nomeie, por ordem, os dias da semana e os meses do ano, respondendo, de seguida, a questões sobre a ordem alternada destes e, por fim, que organize quatro imagens de uma sequência de uma ação. A cotação é feita tendo em conta se a resposta é correta ou incorreta;
17. *Comunicação*: com base na observação permanente por parte do avaliador, é analisada a linguagem utilizada, a compreensão das instruções e a expressividade facial e corporal.

A aplicação do instrumento poderá ser realizada numa só vez, demorando cerca de uma hora, ainda que a ordem de aplicação possa ser adaptada à pessoa em causa (Michel et al., 2011; Morais et al., 2016). Esta poderá ser repetida no período de três meses, seis meses e um ano, podendo ser aplicado em contexto institucional ou domiciliário. Os referidos autores salientam alguns cuidados a ter no decorrer da avaliação, nomeadamente ter o consentimento do avaliado (ou do seu cuidador, caso o primeiro já não o consiga dar), garantir a confidencialidade das informações e verificar se a pessoa utiliza alguma tecnologia de apoio. O espaço de avaliação, de acordo com os autores, deverá ter condições de luminosidade adequadas, eliminando-se os possíveis fatores distráteis, sendo que os materiais utilizados na avaliação apenas deverão ser mostrados aquando da realização da tarefa para a qual são necessários.

Relativamente a estes materiais, a par do manual de aplicação, são necessárias quatro pegadas tamanho A4, dois modelos de figuras geométricas, um cartão com a figura humana de frente e de costas e três cartões com partes do corpo em falta, três imagens (gato, uvas, paisagem de montanha), quatro fotografias referentes a uma sequência de eventos cronológicos, um texto escrito com quatro variantes de tamanho de letra, 12 cubos de madeira vermelha com 27 cm³, cronómetro, fita métrica, cadeira sem braços, dois coletes sem magas e com botões de 1.5 cm, uma moeda de um euro, uma bola com 20 cm de diâmetro, folhas brancas A4, uma caneta de feltro preta de ponta média, uma régua, dois lápis, uma bola de ténis, uma colher, um garfo e uma faca, quatro figuras geométricas em tamanho A5 (nomeadamente, um círculo roxo, um quadrado amarelo, um retângulo verde e um triângulo vermelho), uma bolsa opaca, uma amostra de cores primárias e um mostrador/relógio com ponteiros (Michel et al., 2011; Morais et al., 2016).

No que concerne às suas características psicométricas, o *EGP* possui uma boa consistência interna, sendo que na versão original apresenta um α de Cronbach de 0.83 (Michel et al., 2011) e, na versão portuguesa, de 0.92 (Morais et al., 2016).

5.2.1.3 Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade.

A *Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade* foi elaborada num contexto institucional similar, aquando do estágio de licenciatura (construída em conjunto com o orientador local da altura, o psicomotricista Pedro Vicente), com o intuito de se realizar uma avaliação através de observação que permitisse uma visão da pessoa no âmbito psicomotor, cognitivo e comportamental em meio institucional, apresentada em detalhe no anexo A.

Assim, esta escala é constituída por 16 itens a observar, sendo eles a *Tonicidade*, o *Equilíbrio*, a *Noção do Corpo*, a *Estruturação Espacial*, a *Coordenação Oculomanual*, a *Coordenação Oculopodal*, a *Motricidade Global*, a *Motricidade Fina*, a *Orientação para a Realidade*, a *Atenção*, a *Compreensão*, a *Expressão*, as *Interações*, a *Participação nas Tarefas*, a *Autonomia* e a *Memória*. A presença destes aspetos deve-se ao facto de, por um lado, serem áreas afetadas pelo processo de envelhecimento e, por outro, todas elas poderem traduzir-se em objetivos da intervenção psicomotora.

A avaliação de cada item é cotada em cinco níveis, sendo atribuído 0 quando o comportamento não foi observado ou a situação não se aplica, de 1 quando não faz, 2 quando faz com dificuldade, 3 quando faz sem dificuldade e 4 quando faz com facilidade. Exceção para o registo do nível da *Tonicidade*, que deve ser classificado num dos três seguintes níveis: hipotónico, eutónico e hipertónico. A escala foi construída com base em instrumentos e escalas de avaliação, pormenorizadamente referidos na tabela 1, sendo que foi acrescentado o parâmetro de participação nas atividades sugeridas no meio institucional, por ser a promoção do sentimento de pertença e consequente participação na vida do lar um dos objetivos prioritários da intervenção psicomotora.

Como vantagens, tem a possibilidade de poder ser preenchida através de observação e não de aplicação de provas, o que faz com que seja mais rápida. Por outro lado, faz com que a avaliação seja mais subjetiva e torna difícil uma comparação exata entre resultados finais e iniciais.

Tabela 1 - Instrumentos de avaliação usados para a construção da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade

Aspetto Avaliado	Instrumento
Tonicidade	Bateria Psicomotora - BPM - (Fonseca, 2010), Exame Geronto-Psicomotor - EGP - (Michel et al., 2011)
Equilíbrio	BPM (Fonseca, 2010), EGP (Michel et al., 2011).
Noção do Corpo	BPM (Fonseca, 2010), EGP (Michel et al., 2011).
Estruturação Espacial	BPM (Fonseca, 2010)
Coordenação Oculomanual	BPM (Fonseca, 2010)
Coordenação Oculopodal	BPM (Fonseca, 2010)
Motricidade Global	BPM (Fonseca, 2010)
Motricidade Fina	BPM (Fonseca, 2010), EGP (Michel et al., 2011)
Orientação para a Realidade	EGP (Michel et al., 2011), Mini-Mental State Examination (Folstein, Folstein e McHuhn, 1975)
Atenção	EGP (Michel et al., 2011)
Compreensão	EGP (Michel et al., 2011)
Expressão	EGP (Michel et al., 2011)
Interações	EGP (Michel et al., 2011)
Autonomia	Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965), Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton e Brody, 1969)
Memória	EGP (Michel et al., 2011)

5.3 As Sessões em Gerontopsicomotricidade

Em sessões de GPM há a salientar a importância dos rituais de início e final de sessão, uma vez que estes permitem à pessoa, através da antecipação, organizarem-se (Vásquez e Mila, 2014). No momento de entrada, a apresentação reforça o sentimento de pertença ao grupo (Vásquez e Mila, 2014) e também é um meio de reconhecer e identificar quem está na sessão, traduzindo-se num espaço de orientação privilegiado (Morais, 2007; Olalla, 2009; Rodríguez, 2003; Vásquez e Mila, 2014), podendo realizar-se algumas respirações e alongamentos (Olalla, 2009) e utilizando-se os vários sentidos, de forma a facilitar a familiarização corporal e com o contexto (Madera, 2005). No momento central, realizam-se as atividades que vão ao encontro dos objetivos pré-estabelecidos (Rodríguez, 2003), podendo recorrer-se ao jogo (Madera, 2005; Morales, 2007; Olalla, 2009), aos percursos, à dança e ao movimento, para estimular o equilíbrio, a coordenação motora, a estruturação espacial, o ritmo, o esquema e a imagem corporal e, em caso de grupo, promovendo a interação deste (Olalla, 2009) ou, ainda, a capacidade simbólica e de praxia fina, utilizando-se a expressão plástica, atividades de encaixe ou enfiamentos (Morais, 2007). Já no final reflete-se sobre a atividade, organizando-se mentalmente o que foi feito e de que forma se sente a pessoa idosa (Morais, 2007; Olalla, 2009; Rodríguez, 2003; Vásquez e Mila, 2014),

sendo que se pode recorrer a tarefas de grafomotricidade para facilitar a reflexão e expressão do vivenciado (Madera, 2005). Aqui poderá ser importante introduzir um ritual comum, como poderá ser exemplo cantar uma canção (Vásquez e Mila, 2014). Por último, Morais (2007) acrescenta que é importante que o psicomotricista refira a tarefa que, de seguida, irão realizar.

Relativamente à organização das sessões, estas devem oscilar entre os 30 e os 45 minutos com cerca de 10 participantes, na opinião de Rodríguez (2003), já Nuñez e González (2012) apontam para 1h25. Tanto o tempo de sessão como o número de pessoas, deve ser tanto menor quanto maior for o nível de demência, aconselhando-se grupos mais pequenos, de duas ou três pessoas (Rodríguez, 2003). Neste caso em particular, e seguindo a linha de pensamento do mesmo autor, é importante minimizar o tempo de deambulação, realizando atividades simples associadas a instruções concretas, respeitando o tempo de resposta de cada pessoa, estimulando-se a pessoa, mas sem gerar cansaço físico ou cognitivo (Rodríguez, 2003).

De acordo com Rodríguez (2003), aquando da preparação das tarefas, estas não devem ser muito fáceis nem impossíveis de ser concretizadas, de forma a que todo o grupo esteja envolvido no máximo de atividades possíveis. O autor aponta que estas sessões devem ser abrangentes, envolvendo aspetos psicomotores (equilíbrio, coordenação, praxias), cognitivos (atenção, memória, funções executivas, cálculo, leitura) e sociais (coesão de grupo, autoestima e motivação). Para tal, as atividades propostas podem passar pelo jogo, pelas técnicas de relaxação e com recurso à dança ou à música (Rodríguez, 2003).

Acrescentando, Aragón (2012) sugere que deverá haver uma progressão de sessões dirigidas para sessões vivenciadas. No caso das primeiras, estas focam-se, essencialmente, em objetivos cognitivos e motores, tendo o psicomotricista um papel mais ativo na gestão da sessão. Já quando se passa para as sessões mais vivenciadas, e seguindo a linha de pensamento do mesmo autor, dá-se continuidade aos objetivos anteriormente já trabalhados, mas priorizando-se os objetivos socioemocionais, potenciando-se a criatividade e autonomia da pessoa ou do grupo, sendo que este último exemplo é importante para o estabelecimento das relações entre as pessoas. Neste âmbito, Nuñez e González (2012) referem que é comum as pessoas idosas preferirem as propostas já pré-definidas pelo psicomotricista do que as escolhidas espontaneamente.

Existem algumas normas que devem ser estabelecidas para o sucesso das sessões de GPM. Primeiramente, o ambiente deve ser de escuta e respeito, propício a criar laços

entre os participantes, fazendo com que cada um sinta que tem o seu lugar no grupo (Olalla, 2009). Neste seguimento, Juhel (2010) refere a importância de ter em atenção a existência de três tipos de espaços em sessão, o espaço pessoal que corresponde àquele mais próximo da pessoa e que pode ser medido tendo como referência o espaço onde a pessoa consegue tocar, o espaço comum, partilhado com as outras pessoas e, consequentemente, o espaço afetivo. Com o envelhecimento, o espaço afetivo e o comum diminuem, preferindo a pessoa idosa estar no seu espaço pessoal (Juhel, 2010), existindo, inclusive, uma menor predisposição para estar em grupo (Nuñez e González, 2012).

5.4 O Papel do Psicomotricista

Para Mila, Pecelo, Vásquez e García (2015) o psicomotricista tem, na sua formação, as competências necessárias que o permitem agir em conformidade com as situações novas que lhe são apresentadas, de acordo com o contexto, apoiando-se nas técnicas que conhece. Os autores referem a importância da formação corporal do psicomotricista que trabalha em GPM, de forma a que possa perceber primeiro a forma como se expressa através do corpo, para que, posteriormente, compreenda como é que o outro o faz. Para isso, é necessário que conheça e que represente o seu corpo, na relação consigo mesmo, com os outros e com os objetos, tendo perceção do seu tónus e da linguagem não verbal (Mila et al., 2015). Paralelamente, referem os mesmos autores, através dos sinais da comunicação não verbal por parte do psicomotricista, como o toque, a voz ou o olhar, é possível transmitir à pessoa idosa a sensação de cuidado e conforto.

Uma boa relação com o terapeuta pode ser promovida através de atividades de cooperação que podem, inclusive, promover o equilíbrio e a consciencialização corporal, originando uma maior compreensão de ambas as partes e um ambiente seguro (Ambolt et al., 2016). No trabalho com uma pessoa com uma doença neurodegenerativa em estado avançado, como é o caso da pessoa com Doença de Alzheimer, a relação com o terapeuta pode ser ambígua, tanto podendo ser uma figura de conforto como alguém de quem rejeita qualquer tipo de contacto (Rodríguez, 2003).

Em contexto de sessão, é importante que o psicomotricista adegue a dificuldade das atividades, de forma a que a pessoa possa participar em toda a sessão, podendo ser necessário dar feedbacks verbais contínuos (Rodríguez, 2003). No final de cada intervenção, o terapeuta, deve registar o comportamento de cada participante, de forma a monitorizar a sua evolução (Aragón, 2012; Morais, 2007).

5.5 Materiais em Gerontopsicomotricidade

Madera (2005) assume a importância dos materiais na GPM na medida em que estes, de forma simbólica, representam uma situação de partilha e permitem a troca da comunicação verbal pela não-verbal.

Os materiais utilizados para a intervenção devem ser facilmente manipuláveis, não muito nem pesados nem muito pequenos, evitando-se materiais que sejam demasiado brilhantes e que possam parecer infantis (Rodríguez, 2003), tendo em atenção as cores, que podem, inclusivamente, influenciar a memória (Klencklen et al., 2017), otimizando-se os contrastes figura-fundo (Schaadt e Kerkoff, 2016) e privilegiando-se os que sejam familiares para a pessoa idosa (Rodríguez, 2003).

Alguns exemplos são os materiais habituais de Psicomotricidade (balões, panos, arcos e cordas), outros que sejam comuns na vida da pessoa (leques, baralhos de cartas, folhas de jornal e talheres de plástico), conforme apontam Morais (2007), Nuñez e González, (2012) e Rodríguez (2003), cartões com cores e imagens organizadas em categorias, instrumentos musicais, contas de encaixe e tecidos de diferentes texturas (Madera, 2005; Nuñez e González, 2012; Rodríguez, 2003), materiais de expressão plásticas (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012) e aromas (Morais, 2007). Já no trabalho em pares, a utilização de cordas ou panos, não só permite uma maior interação com o outro, como o maior conhecimento dos limites do próprio corpo e do corpo do par (Nuñez e González, 2012).

Quando se escolhem os materiais para pessoas com demência, também as questões éticas devem ser tidas em conta, como é exemplo a utilização de bonecos que representem bebés humanos ou animais (Mitchell e Templeton, 2014). Os referidos autores alegam que, por um lado, estes minimizam estados de angústia, potenciando, consequentemente, um aumento do bem-estar. Por outro lado, esta pode ser uma situação pouco entendida por parte dos familiares, por ser considerado um momento que infantiliza a pessoa idosa. Nestas questões é fundamental valorizar a opinião da pessoa idosa (Mitchell e Templeton, 2014). Ainda em relação à escolha de materiais, no caso das pessoas já com quadros demenciais, há materiais desaconselhados, nomeadamente os espelhos, que, a partir de alguns estados de progressão da doença podem tornar-se em objetos geradores de angústia, quando a pessoa é incapaz de se reconhecer nos mesmos (Rodríguez, 2003).

Quando a escolha dos materiais é feita pela pessoa idosa, algo que é benéfico na medida em que o objeto escolhido terá mais significado (Morais, 2007), o psicomotricista deve observar a cor, a forma e a dimensão e, ainda, como está a ser manipulado (Madera, 2005).

Todos os materiais anteriormente mencionados foram utilizados nas sessões. Com a regular utilização destes, surgiu a necessidade de compreender qual a importância que os psicomotricistas a trabalhar em GPM lhes davam, percebendo a intencionalidade e a frequência com que os usavam. Nesse sentido, foi realizada uma investigação neste âmbito, descrita no anexo B, que consistiu num estudo exploratório, que partiu de um questionário realizado a 124 psicomotricistas que se pretende vir a publicar os resultados em formato de artigo por se considerar um tema omissa na literatura e na fundamentação teórica da profissão. Desta investigação, verificou-se que os anos de experiência, o contexto de trabalho, a formação e o género, não influenciam a escolha dos materiais. Para além disso alguns dados encontrados indicam que, no domínio psicomotor, são utilizados mais materiais para trabalhar a *coordenação / motricidade global* e menos para o fator *noção de tempo*, sendo também dentro deste domínio que surgem os materiais com maior índice de flexibilidade. No domínio cognitivo, há um maior número de materiais para trabalhar a *atenção* e a *memória* e os resultados mais baixos surgem na *inibição*. Já nos domínios sensorial e socioemocional, não foram encontrados resultados significativos.

6 Contextos de Intervenção

A intervenção, nesta fase da vida assume diferentes especificidades, em função do contexto em que decorre. Assim, de seguida, serão diferenciados dois contextos: o comunitário e o institucional, onde a intervenção psicomotora decorreu. No primeiro, especifica-se a importância da participação em programas da comunidade e, no segundo, é esclarecida todo o percurso em meio institucional e onde o psicomotricista pode ter um papel importante.

6.1 Comunidade

A participação num programa comunitário pode aumentar os sentimentos de autoeficácia, que se traduzem numa melhoria física, emocional e psicológica (O'Toole et al., 2016; Shanahan et al., 2016), que estão na base de uma maior motivação na participação das atividades que já realiza e, inclusive, de novas (O'Toole et al., 2016), sendo a participação social uma medida eficaz para minimizar o isolamento (Papageorgiou, Marquis, Dare e Batten, 2016). Especificando no âmbito dos programas de GPM, Pereira (2004) indica que

estes devem encarar a pessoa de um ponto de vista holístico, tendo como objetivo um impacto positivo no seu quotidiano, obtendo-se, posteriormente, resultados, como indicam Nuñez e González (2012), na realização das AVD e na capacidade de resolução de problemas, com enfoque nas tarefas de equilíbrio e controlo postural, que têm um impacto direto na sua autonomia (Jung Shin e Choi, 2015).

A participação em atividades, por parte das pessoas idosas que vivem em comunidade, é importante na medida em que, nesta fase, as pessoas se isolam, tendem a ter sentimentos de baixa eficácia (Jung et al., 2015; Nuñez e González, 2012) que fazem com que sejam muito cuidadosos na realização de tarefas, evitando-as ou deixando de as realizar (Jung et al., 2015).

6.2 Instituição e Institucionalização

A institucionalização das pessoas idosas é vista como uma solução para aumentar a qualidade de saúde das mesmas (Tanuseputro et al., 2017). Ainda assim, neste processo, há uma grande quebra dos seus hábitos, sendo importante dar respostas, das lúdicas às terapêuticas (Boström et al., 2016; Capotosto et al., 2017), de forma a dar-lhes maior qualidade de vida. Neste sentido, o psicomotricista tem um papel fundamental em todo o percurso de institucionalização, desde o momento em que ele acontece, à integração da pessoa na vida da instituição, até à melhoria do espaço onde este se insere.

Cabré e Serra-Prat (2004), López, Losada, Romero-Moreno, Márquez-González, Martínez-Martín (2012), Luppá et al., (2009) e Pinzón-Pulido et al. (2016) apontam a diminuição da capacidade funcional, a presença de condições patológicas (Carré e Serra-Prat, 2004) a ocorrência de uma queda e López et al., (2012) as alterações de memória e comportamentais como fatores que levam à institucionalização das pessoas idosas. O primeiro sintoma notado pelas famílias passa, precisamente, pelas referidas alterações da memória que, numa primeira fase, leva os familiares a pedir uma consulta de despiste de demência (Peña, Carrasco, Luque e García, 2012).

A institucionalização pode ser feita para a recuperação de uma condição, ou por se considerar que o meio institucional tem menos riscos para a saúde e segurança da pessoa idosa (Cabré e Serra-Prat, 2004), apesar da maioria ser para internamentos sem limite de data, sobretudo por serem casos de síndromes demenciais, vendo-se nos lares uma resposta que não poderia ser dada em contexto domiciliário (Tanuseputro et al., 2017).

Nos casos de recuperação, é importante que a intervenção tenha em atenção esta questão, bem como se faça uma preparação para a alta (Cabré e Serra-Prat, 2004), sendo

que em qualquer um dos casos é importante realizar-se uma avaliação cognitiva, física, nutricional e médica (Mazières et al., 2017). Aqui, não deve ser descurado o papel ativo do cuidador, aos quais devem ser dadas informações sobre as alterações que acontecem em consequência do envelhecimento, seja ele sem ou com patologia, encontrando-se estratégias para dar resposta a eventuais comportamentos (Vásquez e Mila, 2014).

À institucionalização estão associados, na visão das pessoas idosas, sentimentos de solidão e abandono, que parecem não estabilizar com a passagem do tempo (Scocco, Rapattoni e Fantoni, 2006).

Após este processo, e comparando aos pares que permanecem na comunidade, pode verificar-se um declínio cognitivo, devido à redução dos estímulos naturais (Harmand et al., 2014), devendo-se este facto, sobretudo, à inatividade, muitas vezes justificada pela existência de feridas de pressão, de comportamentos instáveis, de dificuldades na comunicação e de instabilidade clínica (Palese et al., 2016), minimizados com uma medicação adequada (Fedecostante et al. 2016; Luo et al., 2015),

Esta situação pode ser contraditória e alvo de reflexão, uma vez que o desejável é que os lares sejam constituídos por uma equipa capaz de dar as mais adequadas respostas ao envelhecimento, contrariando os declínios referidos (Mazières et al., 2017).

Em ambiente institucional, é importante a existência de uma equipa multidisciplinar, de forma a prestar um melhor serviço às pessoas idosas, na qual é fundamental a existência de uma boa comunicação, gerando uma articulação de informações (Nazir et al., 2013; Young et al., 2011).

Alguns exemplos de organização deste contexto passam por momentos como o da refeição das pessoas com demência, devendo-se dar respostas adequadas aos comportamentos ansiosos ou agressivos, pois estes vão influenciar todo o grupo (Hammar, Swall e Marenius, 2016). Este momento do dia merece especial atenção, pois deve ser uma altura de promoção da autonomia da pessoa, a decorrer num espaço calmo e agradável (Hammar, Swall e Marenius, 2016). Neste contexto institucional, é importante que as pessoas com mais limitações façam as suas refeições mais cedo, por precisarem de mais apoio e para evitar que as outras tenham grandes períodos de espera (Hammar, Swall e Marenius, 2016). Por outro lado, aquando das rotinas diárias de autocuidado, Chou, Waszynski, Kessler, Chiang e Clarkson (2016) referem que, mostrar imagens positivas às pessoas idosas, quando estas demonstram sinais de agitação durante este processo, pode focalizar a sua atenção para outro ponto, reduzindo os sentimentos negativos associados.

Relativamente ao espaço físico, devem existir apoios, como o caso dos corrimãos e outros suportes de apoio, de forma a que a pessoa sinta mais confiança para se movimentar (Ramsey et al, 2015).

6.3 Motivação e Participação nas Terapias

A inatividade leva a um declínio das capacidades gerais da pessoa idosa (Palese, 2016). Assim, a participação em programas estruturados que a encarem de um ponto de vista holístico, estimulando tanto a componente cognitiva como motora, são vistas pelas pessoas idosas como divertidos, relaxantes, ajudando-os a manter-se ativos, a esquecer-se das dores e aprender coisas novas, pelo que, na visão das próprias, pretendem ter uma participação de continuidade (Khoo, Schaik e McKenna, 2014).

As atividades propostas em meio institucional reduzem os sentimentos depressivos (Boström et al., 2016; Capotosto et al., 2017) e de agitação (Vink, Zuiderma, Boersmas, Jonge, Zuidemas e Slaets, 2013) sendo que estes são mais frequentes em pessoas inativas (Freitas, Deschênes, Au, Smith e Schimtz, 2016). Para além disto, a atividade física promove sentimentos de autoeficácia (Gallagher, Clarke e Carr, 2016; Weinberg, Nathan e Sverdlik, 2015), diminuindo a sintomatologia depressiva (Apóstolo, Cardoso, Paúl, Rodrigues e Macedo, 2015) retardando dificuldades ao nível da mobilidade e consequente dependência (Gallagher, Clarke e Carr, 2016). Fastame et al., (2016) acrescentam que, o nível de satisfação entre pessoas institucionalizadas, pode ser igual às das que vivem em comunidade se estas se mantiverem envolvidas em atividades. É, ainda, de acrescentar que a participação social ajuda à manutenção das competências cognitivas (Kuiper et al., 2016).

A motivação na participação das terapias pode contribuir para a existência de melhores resultados (Weinberg, Nathan e Sverdlik, 2015), que podem existir havendo duas horas de participação semanal em terapia com enfoque cognitivo, psicomotor e relacional, mas que será tanto maior quanto maior forem as horas em atividade (Peralta et al., 2017), aumentando o sentimento de autoeficácia das pessoas, algo que pode ser potenciado pelos técnicos, explicando a utilidade da mesma (Weinberg, Nathan e Sverdlik, 2015). Nesta questão da motivação, o psicomotricista, apresenta um papel ativo, na medida em que é fundamental na transmissão da segurança, para que a pessoa explore mais o seu mundo interno e externo (Pereira, 2004).

Com a participação continuada na GPM, é esperada a manutenção ou melhoria das capacidades da pessoa idosas nas tarefas que realiza no seu quotidiano (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012).

Apresentadas duas possibilidades de contextos onde a GPM pode ser uma terapia que dá resposta a algumas das necessidades das pessoas idosas, será apresentada a intervenção num contexto institucional, descrita em detalhe uma vez que foi o local de estágio e, posteriormente, a intervenção em contexto comunitário, um projeto paralelo às atividades de estágio, em detalhe no anexo C.

Parte II - Realização da Prática Profissional

Depois da temática do envelhecimento ter sido enquadrada, irá ser apresentada a instituição onde o estágio decorreu, o processo de implementação da Psicomotricidade na CABH e a descrição dos casos acompanhados (existindo 28 pessoas acompanhadas em intervenção psicomotora regular, organizadas em sessões individuais e grupais, não sendo contabilizadas as pessoas que participavam esporadicamente ou que estavam integradas noutras atividades que não a GPM), em suma, a descrição da prática profissional que decorreu no ano letivo 2016/2017.

1 Caracterização da *Casa Azul – Boa Hora*

Neste capítulo descrever-se-á a instituição onde decorreu o estágio, enquadrada no grupo ao qual pertence e as características a que obedece sendo uma estrutura residencial para pessoas idosas legislada pela Segurança Social. De seguida, serão descritas as especificidades desta estrutura, ao nível da população atendida, funcionamento, instalações e acessibilidade e, ainda, a forma como está em contacto com as famílias e com a comunidade onde está inserida.

1.1 Contextualização Histórica

A Casa Azul (CA), é uma instituição privada com fins lucrativos, pertencente ao grupo *Geridade*, que nasceu no ano de 1997, junto ao Bairro Azul em Lisboa, na Avenida António Augusto Aguiar, num andar com sete quartos, espaço que ainda hoje se mantém, mas que foi ampliado (CA, s.d.a). Já em 2002 o grupo abriu outra casa, esta localizada na calçada da Boa Hora, na Ajuda, que desde 2009 tem capacidade para 39 pessoas (CA, s.d.a).

Apesar de pertencerem ao mesmo grupo e de existirem alguns técnicos em comum às duas casas, as mesmas têm uma gestão autónoma (Elsa Guimarães, comunicação pessoal, 3, outubro, 2016). Uma vez que o estágio decorre na CABH, este capítulo irá centrar-se apenas na caracterização desta.

1.2 Missão, Visão e Valores

A CABH e o grupo *Geridade* têm como ponto de partida ser constituída por um conjunto de profissionais preparados para dar respostas adequadas a pessoas idosas, possuindo estruturas adaptadas a esse processo. Paralelamente, outra das preocupações da instituição passa por aproximar e integrar a pessoa na comunidade onde se insere, estimulando as atividades entre diferentes gerações. Por último, é ainda de referir o cuidado familiar, aliado à promoção da autonomia de cada um dos residentes (CA, s.d.a).

No que concerne à visão da instituição, esta foca-se no lema de que ‘envelhecer não é parar’ (CA, s.d.a). Já no que diz respeito aos princípios éticos, são enumerados os seguintes: profissionalismo e ética, aprendizagem constante, gosto pela profissão por parte dos profissionais da instituição, capacidade de trabalho em equipa, onde o centro de todo o trabalho é o residente, sendo que, em relação a este, deve ser promovida a sua autonomia, trabalhando-se sempre com base numa relação de confiança (CA, s.d.a).

1.3 Organização, Equipa e Serviços

Tal como é indicado pela Segurança Social (Segurança Social, 2011), e confirmado pela diretora de operações e recursos humanos, Elsa Guimarães (comunicação pessoal, 3, outubro, 2016) a CABH tem os seguintes tipos de serviços:

- **administrativos:** constituído pela diretora técnica (gerente da instituição), pela diretora de operações e recursos humanos (responsável pela organização de todos os procedimentos da instituição e pela organização da equipa) e a gestora do cliente (que realiza o primeiro e contínuo contacto com as famílias, desde o processo de admissão da pessoa idosa);
- **cuidados pessoais e de saúde:** nos cuidados primários existe a encarregada geral e as ajudantes de ação direta, enquanto que nos cuidados de saúde há a presença de dois enfermeiros, a visita semanal do médico e as sessões de fisioterapia;
- **atividades de desenvolvimento pessoal:** neste parâmetro é de referir a presença das atividades de animação sociocultural;
- **nutrição e alimentação:** este é um serviço subcontratado da CABH, sendo uma empresa externa responsável pela alimentação dos residentes;
- **higiene, segurança e limpeza:** ao nível da limpeza dos espaços, esta é assegurada pelas auxiliares de lar. Já os serviços de lavandaria são, tal como na alimentação, um serviço subcontratado.

A referida equipa encontrar-se sistematizada na figura 1, tal como descrita por Elsa Guimarães (comunicação pessoal, 3, outubro, 2016) e observado durante o decorrer do estágio.

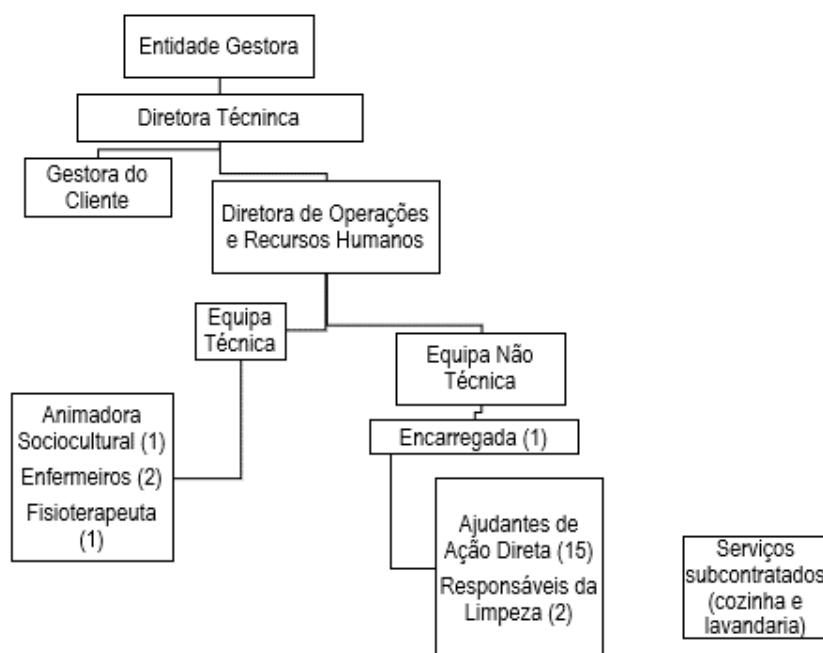


Figura 1 - Organização da equipa da CABH

É de acrescentar que estes profissionais têm tempos diferentes de permanência na instituição. Em totalidade de horário, encontra-se a diretora de operações e recursos humanos. Igualmente com horário completo, mas a trabalhar em turnos rotativos estão os enfermeiros, a encarregada, as ajudantes de ação direta e as responsáveis da limpeza. A meio tempo, e com horário variável, está a diretora técnica e a gestora do cliente. Já a animadora sociocultural está na instituição terças e sextas, das 9h00 às 17h30 e quartas das 13h30 às 17h30, enquanto que a fisioterapeuta está de segunda a sexta, das 10h00 às 13h30.

Uma parte da equipa técnica, nomeadamente os enfermeiros, a animadora sociocultural e a fisioterapeuta, são responsáveis por definir o Plano Individual de Cuidados (PIC) de cada residente, onde estão inseridos os dados pessoais da pessoa, informações médicas e de alimentação e os processos de monitorização e avaliação dos mesmos, ocorrências anómalas ou períodos de ausência da instituição.

1.4 População Alvo

Relativamente a todas as informações da população atendida, as mesmas foram dadas pela diretora de operações e recursos humanos, Elsa Guimarães (comunicação pessoal, 3, outubro, 2016).

A CABH é uma estrutura residencial para pessoas idosas, sendo que os residentes estão internados na instituição na totalidade do tempo. A grande maioria não tem tempo definido para este internamento, contudo há alguns casos que procuram a instituição para realizar recuperações mais curtas, como é o caso de pessoas que sofrem quedas.

No que concerne à faixa etária, os residentes apresentam, na sua grande maioria, idades compreendidas entre os 70 e os 90 anos. As pessoas idosas podem chegar à instituição através do contacto direto com a mesma, ou encaminhados pelas entidades com as quais esta tem parcerias, como é o caso da *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, o *Montepio*, a *Diola*, o *Santander*, a *Caixa Geral de Depósitos*, a *Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson*, a *Associação Portuguesa de Doentes de Alzheimer*, as *Forças Armadas*, a *Assistência na Doença aos Servidores do Estado* e os *Correios de Portugal*.

1.5 Localização e Funcionamento

Os dados de seguida descritos, foram dados pela diretora de operações e recursos humanos, Elsa Guimarães (comunicação pessoal, 3, outubro, 2016).

A CABH localiza-se na Calçada da Boa Hora, que pertence à freguesia da Ajuda, Lisboa. Sendo uma residência para pessoas idosas, funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, sendo que existem dois tipos de horários de visita, o geral que vai das 15h00 às 19h00 e o condicionado, das 14h00 às 20h00. No primeiro horário o residente pode receber todas as visitas, desde que previamente autorizadas pela família. Já no segundo é necessário um acordo prévio com a direção, onde os visitantes justificam a necessidade de fazerem visitas naquele momento. A predefinição destes horários deve-se ao facto de se considerar que são a melhor forma de garantir o bom funcionamento da casa.

1.6 Instalações e Acessibilidade

A CABH é uma casa com cinco pisos mais uma cave e um terraço. O piso 0, corresponde à entrada na casa, tem a sala de estar, a sala de refeições, o ginásio, a cozinha e casas de banho. Os pisos 1, 2 e 3 são constituídos por quatros individuais e duplos (quatro e 17, respetivamente, na totalidade dos três pisos) e casas de banho em cada piso, sendo que, no piso 1, também está localizado o consultório médico e o gabinete da gestora do cliente onde existe o único acesso ao terraço. O quarto e último piso contém o gabinete da diretora de operações e recursos humanos e da diretora técnica e o balneário dos colaboradores. O acesso entre os pisos é feito através de escadas e, naqueles onde os residentes têm acesso, nomeadamente o 0, 1, 2 e 3, existe elevador.

Quanto à acessibilidade da instituição, cada espaço foi analisado em detalhe (anexo D), pensando-se na funcionalidade da utilização de cada um, com base nas limitações sensoriais, motoras e cognitivas dos atuais ou futuros residentes. De uma forma geral, as maiores dificuldades surgem para pessoas cegas, dada a falta de sinalização específica para as mesmas. Outra limitação frequente acontece na deslocação das pessoas em cadeiras de rodas, em espaços mais condicionados ou com mobiliário, como a sala de estar ou os quartos. Como pontos positivos, há a salientar os contrastes de cores, existentes em vários pontos da casa, a sinalização dos espaços e no interior dos espaços e a textura dos pisos.

Relativamente a alguns parâmetros que podem melhorar a acessibilidade, desta análise surgiram algumas sugestões, nomeadamente, poderão ser realizadas identificações de objetos como os cadeirões da sala de estar, os lugares da refeição, e os móveis do quarto. Das sinaléticas já existentes, nomeadamente as dos quartos, estas poderão estar mais baixas, de forma a que possam ser lidas pelas pessoas em cadeira

de rodas. Em todas as identificações, apesar dos nomes, a existência de figuras ilustrativas, fotografias ou objetos sensoriais familiares poderão facilitar a identificação.

Quanto ao espaço físico, há pequenas otimizações que podem ser realizadas, como melhorar a luminosidade dos corredores, de forma a que o contraste entre o acesso ao elevador e os pisos seja menor e, paralelamente, fazendo-se pequenos ajustes na disposição de mobiliário, de forma a melhorar a circulação das cadeiras de rodas.

1.7 Relação com as Famílias

A informação referente à articulação com as famílias, foi explicada pela diretora de operações e recursos humanos, Elsa Guimarães (comunicação pessoal, 3, outubro, 2016).

Num primeiro momento, as famílias são recebidas pela gestora do cliente que, na fase de acolhimento, e tal como definido pelos programas da Segurança Social (Segurança Social, 2011), a técnica recolhe informações sobre o agregado familiar do residente, a situação socioeconómica deste e do seu responsável, dados sobre a habitação, a condição de vida da pessoa idosa, os relatórios médicos, as capacidades funcionais e quais os cuidados de saúde. Por outro lado, é também importante perceber quais são as necessidades e gostos da pessoa e as rotinas que tinha nos mais variados níveis. A este momento segue-se a assinatura do contrato, que também vai ao encontro das especificidades recomendadas pelo Segurança Social para este tipo de estrutura.

A gestora do cliente continua a ser uma figura de referência para os familiares, uma vez que é esta que realiza os contactos sempre que necessário com as famílias e gere os pagamentos das despesas mensais.

Por outro lado, no dia 7 de cada mês, existe a *Festa da Família*, onde todas as famílias são convidadas a participar numa atividade temática e lanche em conjunto com os residentes.

Paralelamente, sempre que o residente não tem capacidades para tal, também é a família que gere as permissões de quem pode visitar a pessoa institucionalizada e as saídas desta ao exterior.

1.8 Articulação com a Comunidade

A descrição da relação com a comunidade, foi escrita com base nas informações dadas pela animadora sociocultural, Gisela Vaz (comunicação pessoal, 3, outubro, 2016).

Na CABH existem saídas semanais, planeadas pela animadora sociocultural, onde os residentes vão ao café, sempre acompanhados pela animadora e outro técnico ou auxiliar. Este acompanhamento deve-se ao facto da maioria dos residentes não terem permissão, por parte da família, para saírem sozinhos, mas também, por existir um risco elevado de quedas ou por terem dificuldades na sua mobilidade. Por outro lado, há residentes com capacidades para saírem sempre que querem da instituição, contudo têm de comunicar previamente a uma das pessoas da equipa. Nestes casos, considera-se que não há riscos envolvidos nestas saídas e existe, também, autorização pelo responsável da equipa para os incluir nestas atividades ao exterior.

Esporadicamente, são também realizados alguns passeios que, por implicarem uma maior deslocação e um maior custo, são previamente combinados e autorizados residente ou pelo seu responsável legal.

2 Gerontopsicomotricidade na Casa Azul - Boa Hora

A ligação com a CABH começou com um projeto de avaliação da usabilidade dos jogos de estimulação cognitiva ou motora utilizando a consola Nintendo Wii® por pessoas idosas, desenvolvido no mestrado em Ergonomia, sob a orientação do Professor Paulo Noriega. Inicialmente, e com o objetivo de desenvolver um projeto que aliasse a Psicomotricidade à Ergonomia, a Professora Cristina Espadinha sugeriu a realização do estágio de mestrado em Reabilitação Psicomotora na CABH. O projeto no âmbito da Ergonomia não se concretizou, realizando-se apenas o de Psicomotricidade sem a componente da terapia com a Wii, inicialmente prevista.

Assim, o estágio iniciou-se no dia 19 de setembro de 2016 com uma reunião a diretora técnica, apresentação dos espaços e da equipa. Paralelamente, foi também observada a sessão de Fisioterapia, onde a fisioterapeuta apresentou alguns dos residentes e explicou o trabalho realizado com estes. No dia 21 de setembro, a gestora do cliente apresentou todos os residentes da casa, sendo explicado a cada um o início de um novo estágio e de uma nova terapia e, no dia 23, realizou-se uma sessão aberta de GPM para as pessoas idosas que aceitaram participar. É de referir que, e sendo uma sessão inicial, foi realizado o convite aos residentes que, de acordo com a equipa, costumavam integrar atividades com mais frequência. A intervenção com os casos com demências mais avançadas e consequentes maiores dificuldades de comunicação, iniciou-se mais tarde, depois de uma observação mais sistemática e detalhada,

sobretudo nos residentes acamados, onde se fizeram sessões de observação da fisioterapia.

Para a **inclusão da GPM** na instituição foram tidos, primeiramente, em conta os horários das outras terapias ou atividades já calendarizadas, não só para facilitar a gestão dos recursos, mas também para proporcionar aos residentes a possibilidade de participarem no maior número de atividades, se assim o desejassem.

Quanto à seleção dos casos, a gestão destes encontra-se pormenorizada mais à frente, mas, num momento inicial, os aspetos tidos em conta foram, por um lado, dar a possibilidade de os residentes que têm muito interesse de se manter ativos de ter uma nova terapia e, por outro, incluir os outros que, por motivos de organização, tinham um menor tempo de atividades estruturadas. Estas decisões foram tomadas em equipa pelas profissionais de Psicomotricidade, Fisioterapia e Animação Sociocultural.

Neste processo, é de referir a importância da avaliação formal. Inicialmente, e de forma a dar continuidade às avaliações definidas pela instituição, foi aplicado o *MMSE* a todos os residentes, à exceção dos que não conseguiam responder. Nestes casos, foi realizada uma observação em conjunto com a animadora sociocultural. Para as análises de caso apresentadas em detalhe no relatório, utilizaram-se instrumentos da GPM, nomeadamente o *EGP* e uma *Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade*, respetivamente, no caso de intervenção individual e no caso de intervenção grupal.

Na definição dos aspetos prioritários do trabalho na Psicomotricidade, foi fundamental a observação das sessões de Fisioterapia e de Animação Sociocultural para se perceber que, dentro daquilo que pode ser a resposta terapêutica da Psicomotricidade, quais seriam os objetivos mais em falta na junção das três técnicas. Paralelamente, e pelas questões da utilização digital de gestão de lares, o *Ankira*, aquando da realização do PIC de cada residente, os objetivos da Psicomotricidade foram integrados no Domínio Psicossocial, acrescentados aos da Animação Sociocultural.

Apesar desta limitação logística de não existir um espaço para o técnico registar as sessões de GPM no *Ankira*, é útil para os técnicos sobretudo para se ter acesso à totalidade dos comportamentos das pessoas idosas nas suas rotinas diárias. Esta plataforma era usada por toda a equipa técnica, pela encarregada e pelas ajudantes de ação direta. Assim a comunicação entre toda a equipa foi constante, sobretudo em momentos informais, existindo esporadicamente reuniões com a direção.

O horário apresentado na tabela 2 traduz a organização das sessões na maior parte do tempo de estágio, sendo que em alguns momentos existiram alterações, nomeadamente por prolongamento de saídas terapêuticas, hospitalização ou condicionantes por parte dos residentes que não permitiam a realização das sessões.

É de reforçar a importância dos momentos de orientação para a realidade, altura em que se realizam perguntas sobre o espaço e o tempo em que a pessoa se encontrava, atualizando-se, também, o calendário de orientação (com indicação do dia da semana, dia do mês, mês e ano) e o tempo entre sessões, privilegiando-se o contacto informal com os residentes da casa, momentos essenciais não só para fortalecer a relação terapêutica, como para compreender o seu comportamento em contexto real e não estruturado, fundamental para delinear os objetivos terapêuticos. Ao final do dia era regular estarem presentes as famílias, altura de contacto informal com as mesmas. No horário está referido um momento de sessão que antecedia a sessão de grupo, uma vez que a participação era livre e, os residentes indicados para a sessão, eram individualmente convidados pela psicomotricista estagiária.

Tabela 2 - Organização dos dias de estágio

	Segunda	Quarta	Sexta
10h00	Orientação para a realidade / Registos		
10h30	Sessão individual – Leonor	Sessão individual – Leonor	Sessão individual - Leonor
11h00	Preparação da sessão de grupo	Preparação da sessão de grupo	Saída Terapêutica
11h30	Sessão de grupo	Sessão de grupo	
12h00			
12h30	Apoio ao almoço	Apoio ao almoço	Apoio ao almoço
13h00			
13h30	Almoço da equipa técnica		
14h00	Sessões individuais com os residentes acamados	Saída Terapêutica	Sessão individual – Sara
14h30			Sessão individual - Rute
15h00			Sessão individual - Carina
15h30	Apoio ao lanche	Apoio ao lanche	Apoio ao lanche
16h00	Sessão individual – Sofia	Sessão individual – Sofia	Sessão individual – Sofia
16h30			
17h00	Sessão individual – Ariana	Sessão individual – Ariana	Sessão individual – Ariana
17h30	Contacto informal com as famílias / Registos		
18h00	Orientação para a realidade		

O acompanhamento nos momentos da refeição era feito a residentes que eram acompanhadas na Psicomotricidade, sendo fundamentais para compreender a transferência para o quotidiano de alguns dos objetivos definidos, tornando-se este momento uma oportunidade de estimulação em contexto natural. Também os almoços

da equipa técnica assumiram especial importância, na medida em que permitiam comentar os casos e redefinir estratégias comuns de intervenção.

Conforme já referido, todos os dias 7 de cada mês realizava-se o *Dia da Família*, motivo pelo qual, nesses dias, as tardes eram dedicadas à atividade definida para essa comemoração, alterando-se também a rotina da manhã, caso houvesse necessidade de preparações adicionais.

Paralelamente, e apesar de não estar mencionado no horário por não haver uma hora especificamente definida, foram realizadas reuniões com a Orientadora Académica, por norma, semanalmente.

De seguida, serão apresentados os casos acompanhados no âmbito da GPM. De forma a proteger-se a identidade dos residentes, os nomes dos mesmos são fictícios. Aqui, importa também referir que, não só as pessoas idosas como as pessoas por eles responsáveis foram informadas do início do estágio e das consequentes intervenções.

3 Análise de Caso – Intervenção Individual

Neste capítulo será apresentada a Sofia (nome fictício), de seguida as características do seu processo de envelhecimento e, posteriormente, todas as questões relacionadas com a intervenção psicomotora, nomeadamente, os momentos de avaliação, o plano de intervenção, as características da sessão, as técnicas utilizadas e os resultados consequentes.

3.1 Apresentação do Caso Sofia

Este capítulo tem como objetivo caracterizar a análise de caso, ao nível da sua de vida e história clínica, bem como descrever o seu percurso institucional até ao momento em que integrou as sessões de GPM. Os dados obtidos foram consultados no processo relativo à residente Sofia na plataforma *Ankira*.

A Sofia nasceu em 1921 (96 anos no momento da intervenção), perto de Lisboa, local onde viveu durante toda a sua vida. Estudou até à quarta classe e foi doméstica. Sabe-se que casou e recordava-se do marido, ainda que algumas vezes não se lembrasse do seu falecimento. Tinha dificuldade em evocar a sua história de vida, recordava o cão, que gostava de cantar e alguns locais da terra onde nasceu.

Foi institucionalizada na CABH em setembro de 2012, com diagnóstico de demência e status pós-histerectomia e pós fratura transtrocanterica do fémur esquerdo. Era visitada com regularidade pela sobrinha, único contacto familiar direto que mantinha. Por vezes, a sobrinha fazia-se acompanhar pela filha e pelo neto.

A primeira avaliação de que há registro é de março de 2014, onde obteve um total de 11 no *MMSE*, o que já indicava déficit cognitivo. Em maio de 2015 verificou-se um grande declínio, tendo um total de 4, avaliação muito similar em outubro de 2016, onde teve uma cotação de 5. Depois do período de intervenção psicomotora, voltou-se a realizar a avaliação com o *MMSE* onde teve um resultado de 9.

Relativamente aos parâmetros da autonomia, esta avaliação era feita pela equipa de enfermagem, sendo referido que a residente era parcialmente dependente na alimentação, necessitando de ajuda verbal e, por vezes, física. Nos parâmetros de higiene e autocuidado foi classificada como totalmente dependente, não existindo controlo dos esfíncteres. Como tecnologias de apoio, utilizava óculos e cadeira de rodas.

Ao nível das respostas terapêuticas, em 2014 participou em atividades socioculturais temáticas (preparação de festas de Natal). Em 2015, integrou em sessões de movimento, dinamizadas pela terapeuta ocupacional e realizou circuitos de ginásio com o fisioterapeuta. A partir de setembro desse ano, mantiveram-se as atividades de fisioterapia e, ao nível da terapia ocupacional, começou a realizar apenas treino de alimentação. Em 2016 continuou os circuitos de ginásio até fevereiro e fez atividades de estimulação sensorial entre março e abril, na fisioterapia e terapia ocupacional, respetivamente. Pontualmente, e desde fevereiro desse ano, foi participando em algumas atividades socioculturais. Em outubro de 2016 começou a ter sessões de GPM individuais, sendo esta a única resposta terapêutica regular. Em alguns momentos, quando a residente já estava preparada depois dos cuidados matinais, integrava, ocasionalmente, as sessões de grupo e também, pontualmente, participou em classes de movimento, dinamizadas pela fisioterapeuta. Especificando a frequência das sessões de GPM, em 10 de outubro de 2016 começou por se falar com a residente, de forma a ela ir ficando familiarizada com a psicomotricista estagiária e com a rotina da terapia, uma vez que não estava integrada em qualquer atividade similar. A avaliação inicial decorreu no dia 17 de outubro de 2016, sendo, posteriormente, explicada em detalhe. Durante o processo de intervenção, a residente esteve hospitalizada na última semana do ano de 2016 e na primeira semana de fevereiro de 2017 e, em ambos os momentos, voltou mais frágil, mais desorientada e com maiores dificuldades de concentração, mas quando estabilizada, não se verificaram perdas nos progressos obtidos na terapia. A avaliação final decorreu no dia 8 de maio de 2017, sendo antecipada em relação ao final do estágio devido às dinâmicas que iriam decorrer na instituição nas semanas seguintes e que iriam afetar as rotinas das sessões e, também, para se fazer uma desabituação da rotina da sessão. Assim, no total de todos estes momentos, contabilizaram-se 66 sessões de intervenção GPM com a Sofia.

3.2 Processo de Envelhecimento da Sofia

Conforme referido, a Sofia tinha no seu diagnóstico a indicação de Síndrome Demencial Não Especificada, descrita no DSM-5 (APA, 2013) como *Delirium Não Especificado*, que é atribuído quando a pessoa tem um conjunto de comportamentos em declínio, mas que não se enquadram numa designação de outra patologia. Assim, serão indicadas as várias áreas nas quais a Sofia tinha dificuldades bem como a forma onde se evidenciavam, que são, simultaneamente, referidas na literatura. Desta forma irão ser apresentadas as características da Sofia e, de seguida, a indicação dos autores que as referem como consequência do processo de envelhecimento.

No âmbito **psicomotor**, existiram limitações ao nível da *coordenação* (Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012) e na realização dos movimentos voluntários e automáticos (James et al., 2016; Juhel, 2010), na iniciação e na interrupção de movimentos da coordenação oculomanual (Rand e Stelmach, 2001) e na realização de movimentos rápidos (Aubert e Albaret, 2001). Relativamente à dimensão do *espaço*, a Sofia demonstrava dificuldades em orientar-se no lar (Aubert e Albaret, 2001; Erel e Levy, 2016; Juhel, 2010) bem como na construção de figuras bi e tridimensionais (Grossi et al., 2002; Juhel, 2010). No que concerne à percepção do *tempo*, também a passagem deste (Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012) demonstrou ser um conceito confuso para a Sofia. Na *motricidade fina*, foram evidentes dificuldades na precisão (Aubert e Albaret, 2001; Corti, et al., 2017; Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012).

Na dimensão **cognitiva**, nas *funções executivas*, era notória uma dificuldade ao nível da flexibilidade cognitiva, na inibição, na capacidade de resolução de problemas (Horning e Davis, 2012) na tomada de decisão (Horning e Davis, 2012; Hilion, 2015) e um aumento do tempo na velocidade de processamento (Blasco e Ribes, 2016; Horning e Davis, 2012; Kannedy e Raz, 2009). Já na *memória*, de todas as dificuldades destacavam-se as da memória de trabalho (APA, 2013; Hilion, 2015; Klencklen et al., 2017; Stopford et al., 2012), verificadas na dificuldade em reter novas informações, não só em conversas informais como nos momentos estruturados da sessão, a par dos dados evidenciados pela avaliação. No domínio da *atenção*, notavam-se dificuldades em focar-se num só estímulo, quando havia ruídos (APA, 2013; Geerligts et al., 2014), algo muito evidente quando se realizava alguma tarefa com a residente na sala de estar. Na *linguagem verbal*, a maior alteração relacionava-se com o facto de o discurso ser mais lento (Blasco e Ribes, 2016) e com a dificuldade na compreensão em ambientes muito agitados (James et al., 2014).

Já nas alterações **sensoriais**, havia dificuldade em ver letras mais pequenas (Aubert e Albaret, 2001) bem como na discriminação de diferentes cheiros (Jin et al., 2016).

Nas questões **socioemocionais**, era evidente alguma *agitação* (Hendriks, et al., 2015) por parte da residente, quando pensava estar num tempo que não o atual, estando preocupada com o marido e com as tarefas que tinha para fazer em casa.

Tabela 3 – Descrição da semana tipo do caso Sofia

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
08h00-09h00	Levantar						
09h00-10h00	Higiene Diária						
10h00-11h00	Pequeno Almoço						
11h00-12h00	Tempo de Permanência na Sala de Estar (TPSE)						
12h00-13h00	Almoço (acompanhamento pela psicomotricista estagiária)					Almoço	
13h00-14h00	TPSE						
14h00-15h00	TPSE						
15h00-16h00	Lanche (acompanhamento pela psicomotricista estagiária)					Lanche	
16h00-17h00	GPM	TPSE	GPM	TPSE	GPM	TPSE	
17h00-18h00	TPSE		TPSE		TPSE		
18h00-19h00	Jantar / Deitar						

Relativamente ao horário semanal da Sofia, é de referir que, no momento das refeições, a mesma estava incluída no primeiro grupo, onde estavam todas as pessoas que comiam apenas comida triturada e/ou necessitavam de maior apoio, sendo que esta é uma medida positiva a adotar pelas instituições, uma vez que as pessoas com mais dificuldades nesta rotina devem estar num primeiro turno (Hammar et al., 2016). Em alguns almoços e lanches da tarde, estes foram acompanhados pela psicomotricista estagiária (às segundas, quartas e sextas), onde não só se promoveu a autonomia ao nível da manipulação dos talheres (colher) como a identificação das propriedades dos alimentos através dos sentidos, nomeadamente a perceção de temperatura e noção de doce e salgado. A literatura aponta que deve ser dado enfoque à perceção destas capacidades uma que vez que são, inclusive, importantes para estimular o apetite (Lafreiner e Mann, 2009).

Na maior parte do tempo, a residente permanecia na sala, não participando em atividades de forma espontânea. Pontualmente, foi incluída em algumas classes de movimento, dinamizadas pela fisioterapeuta, e em alguns ateliers decorativos, da responsabilidade da animadora sociocultural. As duas técnicas consideraram que a Sofia era recetível à participação, mas que, para realizar o que lhe era pedido, necessitava de um apoio maioritariamente individualizado e contínuo.

3.3 Avaliação Inicial

Numa fase inicial ocorreram dois momentos de avaliação. Uma com recurso ao *MMSE*, que decorreu no dia 14 de outubro de 2016, tendo a Sofia o total de 5. Posteriormente, e já definido que este seria um caso com uma intervenção regular, procedeu-se à avaliação com o *EGP*, no período horário definido para a sessão, tendo demorado cerca de 60 minutos, no dia 17 de outubro de 2016. A aplicação do instrumento decorreu no ginásio, por ser um espaço destinado à sessão, onde não ocorreram interrupções ou outro tipo de situações imprevistas.

Os resultados da aplicação encontram-se posteriormente descritos sendo que, de uma forma geral, todos os domínios se encontravam afetados (figura 2). Ainda assim, e sendo este processo de intervenção limitado pelo tempo em que decorre o estágio, foram traçados objetivos prioritários com base nos dados da aplicação do *EGP* conjugando-se com uma observação do caso, de forma a perceber-se quais, dentro destes domínios, mais limitavam a vida da Sofia.

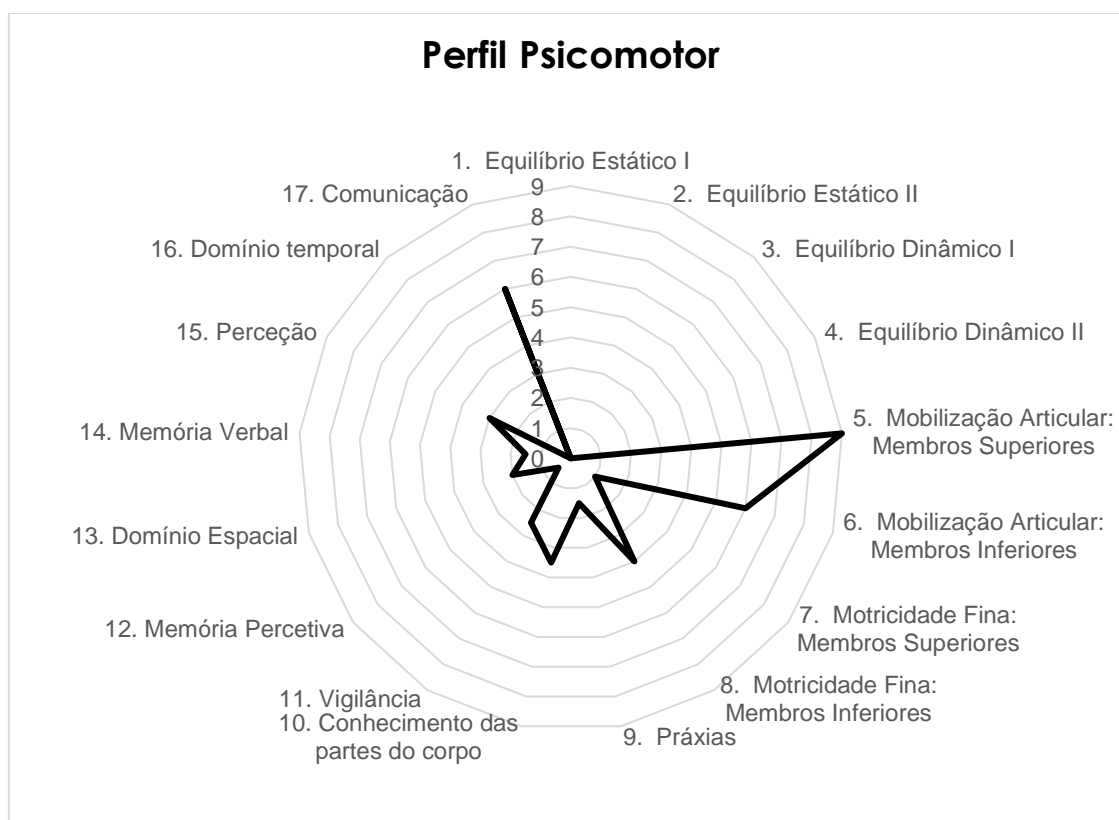


Figura 2 - Avaliação inicial através do EGP da Sofia

O facto de estarem várias áreas afetadas reforça a pertinência da GPM, neste caso, uma vez que, e como indica, Rodríguez (2003) esta terapia abrange aspetos cognitivos, motores e sociais. Apesar dos dados no *EGP* obtidos serem baixos, como

ponto de partida para o início da intervenção, há a salientar a disponibilidade e a empatia natural da residente.

A definição das áreas mais e menos fortes teve por base os resultados obtidos através das avaliações aplicadas, destacando-se aquelas que eram significativas para a intervenção psicomotora, o que significa que, em alguns aspetos, apesar dos dados quantitativos, não foi dado enfoque (tabela 4). Aqui, importa especificar a questão do equilíbrio, que apesar dos baixos resultados, não foi integrado como área menos forte, por não se traduzir num objetivo da intervenção das sessões de GPM, uma vez que, desde uma queda sofrida em 2015, a avaliação da Fisioterapia indica a finalização do treino de marcha, conforme está posteriormente explicado.

Tabela 4 - Resumo das áreas mais e menos fortes da Sofia

Áreas Mais Fortes	Áreas Menos Fortes
Tonicidade	Motricidade Global
Esquema Corporal	Memória a curto e longo prazo
Comunicação não verbal / Empatia	Perceção de tempo e espaço
	Motricidade fina dos membros superiores

A par dos dados já referidos, é também importante dar enfoque ao contexto onde a residente se inseria, bem como as suas rotinas no mesmo, considerando-o como um fator de risco ou de proteção (tabela 5).

Tabela 5 - Fatores de risco e proteção da Sofia

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Fase avançada da síndrome demencial	Motivação para a participação nas terapias
Pouco envolvimento nas atividades institucionais	Naturalmente empática com os técnicos da instituição
Dependência quase total nas atividades básicas e instrumentais da vida diária	Relação positiva com a figura familiar de referência

3.4 Plano de Intervenção Psicomotora

No momento de ser definido o plano de Intervenção psicomotora (tabela 6), não só foram tidos em conta os dados obtidos através dos processos de avaliação formal, realizados através da aplicação do *EGP* e do *MMSE*, como pela observação realizada e foi também percebido, entre equipa, quais eram as principais dificuldades que a residente evidenciava nas suas rotinas diárias. Assim, e considerando que as síndromes demenciais e o processo de envelhecimento têm impacto a vários níveis, procurou-se que a intervenção psicomotora fosse o mais abrangente possível, havendo objetivos a vários níveis, com diferentes graus de prioridade.

Tabela 6 - Resumo dos objetivos e respetivo impacto do plano de intervenção

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais	Impacto na vida diária
Motricidade global	Aumentar a amplitude dos movimentos dos membros superiores e inferiores.	Afastar os braços em relação à linha média do corpo.	Necessário nas tarefas de autocuidado, de vestir e na independência nas refeições (movimento de levar a colher à boca).
	Aumentar a coordenação dos movimentos dos membros superiores.	Realizar movimentos onde utilize, simultaneamente, o braço esquerdo e o braço direito (pegar um objeto de grandes dimensões, ser capaz de vestir um casaco com menos ajudas).	
Motricidade fina	Melhorar a utilização cooperativa dos membros superiores.	Ser capaz de manipular um prato, enquanto come, de forma a facilitar a tarefa.	Importante nos momentos da refeição, em que necessita da pega fina para manipular os talheres, sendo que quanto mais preciso e mais ágil for este movimento, menor serão as ajudas dadas neste período.
	Melhorar a coordenação dos movimentos finos.	Pegar num objeto e realizar uma tarefa sequencial com ele (colocar num local pedido, fazer uma construção).	
Estruturação temporal	Promover a noção da sequencialização e associação de horas a tarefas.	Identificar sequências da sua rotina (autocuidado / pequeno-almoço, almoço, terapia, jantar) aos períodos do dia (respetivamente manhã, meio-dia, tarde, noite).	Pertinente na medida em que lhe causava desconforto não perceber que horas eram nem o que iria fazer.
Comunicação verbal	Promover a fluência do discurso.	Manter uma conversa com continuidade.	Elemento facilitador na comunicação com os cuidadores, uma vez que uma das queixas é que se perde no discurso e não consegue articular uma ideia).
	Estimular a capacidade de exprimir opiniões e necessidades.	Dizer a sua opinião em relação a tarefas realizados (se gostou ou não, se sentiu conforto ou desconforto).	

Relativamente à *motricidade global*, e apesar da boa cotação no *EGP*, a residente manifestou grande dificuldade em realizar movimentos amplos, o que condicionava bastante as tarefas de autocuidado, de vestir e de alimentação. Assim, optou-se por, em atividades de ativação geral, realizar movimentos que estimulassem esta questão. Aqui houve sempre a preocupação de que os movimentos se traduzissem numa fonte de bem-estar, aspeto valorizado por Morais (2007), Olalla (2009) e Rodríguez (2002). O recurso aos materiais mostrou ser um facilitador, na medida em que a residente se envolvia mais nas atividades. Assim, utilizaram-se, com frequência, os arcos e os tecidos grandes, que, para serem manipulados, implicavam um maior afastamento dos membros em relação à linha média do corpo. Aliado a este objetivo surgiu a importância de, simultaneamente, ser trabalhado o planeamento motor e, consequentemente, a capacidade de resolução de problemas, através da manipulação dos materiais.

No que concerne à *motricidade fina*, a Sofia mostrou dificuldades neste domínio não só na avaliação do *EGP*, como no decorrer da observação em contexto natural,

sobretudo na hora das refeições e pelo facto de, por estas dificuldades, ter deixado de participar no atelier de animação sociocultural, onde realizava atividades de pintura. Assim, em sessão, procurou-se realizar atividades de manipulação de peças pequenas, encaixes e construções. Estas atividades, por consequência, estiveram também relacionadas com a perceção da disposição dos objetos no espaço, que foi também um dos objetivos com mais enfoque do plano terapêutico. Especificando a questão anteriormente referida, na sua vida diária, notavam-se algumas dificuldades neste parâmetro, nomeadamente na posição dos objetos da mesa de refeições, onde nem sempre conseguia organizar no espaço os utensílios utilizados na mesa.

Quanto à *estruturação temporal*, uma das capacidades perdidas e avaliadas pelo *EGP*, foi a tarefa de ver as horas. Esta dificuldade causava desconforto à residente uma vez que, estando sentada na sala numa posição que lhe permitia ver com frequência o relógio, confrontava-se com a dificuldade de ser incapaz de compreender as informações que o relógio dava. Paralelamente, surgiu também a questão de as rotinas serem securizantes nos processos demenciais, o que seria facilitado pela associação dos horários aos momentos dos dias.

Por último, na *comunicação verbal*, e apesar da residente compreender o que lhe era dito e ser bastante expressiva, na altura de responder, nem sempre conseguia articular o discurso da melhor forma e utilizar as palavras corretas. É importante referir que este objetivo não se encontrou isolado no âmbito da fluência do discurso, uma vez que envolvia a evocação de palavras, o que se relaciona com a memória. Da mesma forma, e quando referida a expressão de queixas de dor, as mesmas estão também relacionadas com a identificação e nomeação das partes do corpo, parâmetro esse onde a residente obteve a cotação quase total no *EGP* e que não se revelou como fator em declínio.

Outro dos objetivos que se sentiu, fortemente, a necessidade de ser trabalhado, foi a *atenção*, nomeadamente a *atenção sustentada*, uma vez que uma das situações notadas foi que se perdia, frequentemente, nas atividades, depois de as iniciar. Sendo a sessão um momento de atividades estruturadas, é esperado que, à medida que a intervenção vá decorrendo, seja um fator que vá melhorando, conforme sugerem Nuñez e González (2001, 2012). Assim, não houve atividades especificamente destinadas à atenção, por ser um objetivo transversal a todas as tarefas, monitorizando-se o tempo de permanência de atenção em cada uma delas.

3.5 Estrutura das Sessões da Sofia

Conforme é referido pela literatura (Morais, 2007; Olalla, 2009; Rodríguez, 2003; Vásquez e Mila, 2014), foi fundamental manter uma calendarização fixa das sessões, de forma a estabelecer uma rotina. Assim, as sessões, tal como indica o horário (tabela 3), decorreram três vezes por semana, com o tempo previsto de uma hora, sendo que, inicialmente, o tempo era menor, por a residente ficar rapidamente cansada e sem conseguir manter a atenção durante o tempo total de atividade. O tempo e a calendarização regular das sessões foram ao encontro do que é definido pela literatura (Rodríguez, 2003) e, o mesmo autor, dá enfoque à importância de haver um número reduzido de pessoas quando se tratam de pessoas com uma demência mais avançada. Neste caso, não pareceu ser benéfico incluir outros residentes no processo de intervenção, não só pelos tempos de resposta diferentes, mas também para a atenção ser totalmente direcionada para a Sofia.

Em todas as sessões procurou-se criar um ambiente positivo, havendo a valorização das capacidades da Sofia, aspeto referido, frequentemente, pelos autores (Madera, 2005; Mora, et al., 2016; Olalla, 2009; Vásquez e Mila, 2014) e onde se gerasse um momento de calma e conforto (Mila et al., 2015). Ainda sobre o ambiente da sessão, houve a preocupação que estas decorrem-se sempre no ginásio, por ser um ambiente com estímulos mais controlados, questão importante quando se trata de focar a atenção (Geerligts et al., 2014) e para facilitar os processos de comunicação (Goossens et al., 2017). A escolha do espaço como um ambiente harmonioso é salientado por Mora, Piédrola e Huete (2016), até pelas dificuldades evidenciadas em consequência da síndrome demencial, nomeadamente o facto de haver dificuldade de focar a atenção num ambiente com muito estímulos e em retomar uma tarefa quando esta é interrompida (APA, 2013). Por isso, o ginásio assumia-se como o espaço que mais evitava estes fatores.

Relativamente à estrutura das sessões, estas dividiram-se nos seguintes momentos: reconhecimento, momento central e conversa final.

O **Reconhecimento** do espaço e dos elementos presentes na sala, nomeadamente saber que estava no ginásio o que iria fazer e que materiais havia e que conhecia (aqui também eram realizadas perguntas referentes à *orientação espacial*). Era feito o enquadramento em relação à altura do dia, mas com menos enfoque na calendarização do dia. Este momento de orientação bem como a criação de uma rotina dentro desta deve ser privilegiado na GPM (Morais, 2007; Olalla, 2009; Rodríguez, 2003; Vásquez e Mila, 2014).

Os três momentos de seguida apresentados, traduzem **o momento central da sessão**, onde se deu o grande destaque ao trabalho dos objetivos previamente estabelecidos (Rodríguez, 2003) e especificados na tabela 6:

- A **ativação geral**, focada, sobretudo, nas questões do *planeamento motor*, *capacidade de resolução de problemas*, *motricidade global*, *coordenação oculomaneira*, onde, por norma, se realizavam sempre movimentos amplos com o auxílio de materiais leves e de grandes dimensões (como é o caso dos arcos e dos tecidos, aspeto que Rodríguez (2003), também aponta como facilitador) e depois fazia-se uma atividade onde a residente percecionava-se, de imediato, o sucesso da ação motora. Este também foi um momento onde as atividades, por envolverem pontuações, se tornaram uma boa oportunidade de trabalhar o *cálculo* que, e como comprova a literatura, não é dos processos mais afetados e as principais alterações devem-se às questões da velocidade de processamento e retenção de informações (Corey et al., 2003; Rozencwajg et al., 2010), mas onde pode ser realizado o reconhecimento de quantidades e operações simples (Guiu et al., 2016).
- Uma **tarefa que utilizava a música** sempre como recurso para depois serem realizadas tarefas como a leitura do texto, encontrar palavras na letra da música (*atenção*), retenção de pequenos excertos (*memória a curto prazo*) e reprodução dos ritmos de algumas músicas utilizando as palmas (*noção de ritmo*, enquadrada na *noção de tempo*). A utilização da música comprova ter efeitos positivos na promoção da memória, mesmo nos casos de envelhecimento patológico (Gallego e García, 2016) mas foram tidos cuidados também evidenciados na literatura como usar a música apenas quando esta era parte integrante da tarefa e nunca como música de fundo uma vez que, e como aponta Geerlings et al. (2014), à semelhança da maioria das pessoas idosas, também a Sofia tinha dificuldade em focar-se um estímulo e ignorar informação parasita. A música e a leitura foram também importantes como via de estimular a comunicação, sugestão apontada por Gallego e García (2016) e era um grande gosto da residente.
- Uma **atividade com recurso a materiais pequenos** (fazendo-se atividades de *preensão fina*, *noção de espaço* e *categorização*), sendo a manipulação destes materiais uma ideia de Nuñez e González (2012).

Uma **massagem de mãos final** com cremes aromáticos, trabalhando-se a questão do reconhecimento dos cheiros aliados à *memória a longo prazo* e a *descontração neuromuscular*. Esta foi uma atividade que, pela familiarização em relação aos cheiros, permitiu relembrar memórias de longo prazo (Yang et al., 2016), promovendo o bem-estar e (Munk e Zanjani, 2011; Pace et al., 2011b) e dando enfoque ao toque, uma forma de comunicação não verbal (Pace et al., 2011b) fundamental para a relação terapêutica (Rodríguez, 2003). Na discriminação dos cheiros, por vezes, surgiram algumas dificuldades, aspeto apontado por Jin et al. (2016).

A **conversa final** focava-se em como a Sofia se sentia. Dada as dificuldades na retenção a curto prazo, o recordar das atividades não era uma prioridade neste momento da sessão. Outro dos pontos importantes desta conversa final passava pela

valorização da opinião da residente e pela promoção de um sentimento de *autoeficácia*, conforme indica Moraes (2007). O mesmo autor refere a importância de dizer à pessoa o que vai realizar a seguir à sessão, o que também foi feito nas sessões da Sofia, onde lhe era explicado que, de seguida, iria para a sala e, mais ao final da tarde, ia jantar.

Uma questão transversal a todos os momentos da sessão foi a observação dos aspetos não verbais, que se tornou especialmente importante quando nem sempre a linguagem verbal foi suficientemente clara nas síndromes demenciais, como apontam (Pace et al., 2011a). Também no final das sessões foram feitas observações da prestação nas tarefas e dos comportamentos associados, como indicam Aragón (2012) e Moraes (2007). Um exemplo de sessão com a Sofia está, em detalhe, no anexo E.

3.6 Avaliação Final e Discussão dos Resultados

No momento de Avaliação Final, repetiu-se a aplicação tanto do *MMSE* como do *EGP*. No primeiro teste, a residente passou de uma avaliação de 5 para 9, sendo que os resultados destes não vão ser especificados por os domínios serem também avaliados com o *EGP*.

Quanto à aplicação do *EGP*, cujos resultados se encontram posteriormente descritos, a prova foi realizada no dia 8 de maio de 2017, no mesmo local da avaliação inicial, preservando-se, assim, as condições da primeira aplicação. À semelhança do que aconteceu na avaliação inicial, esta também decorreu no horário da sessão, tendo demorado cerca de 60 minutos, não havendo registo de condições anómalas.

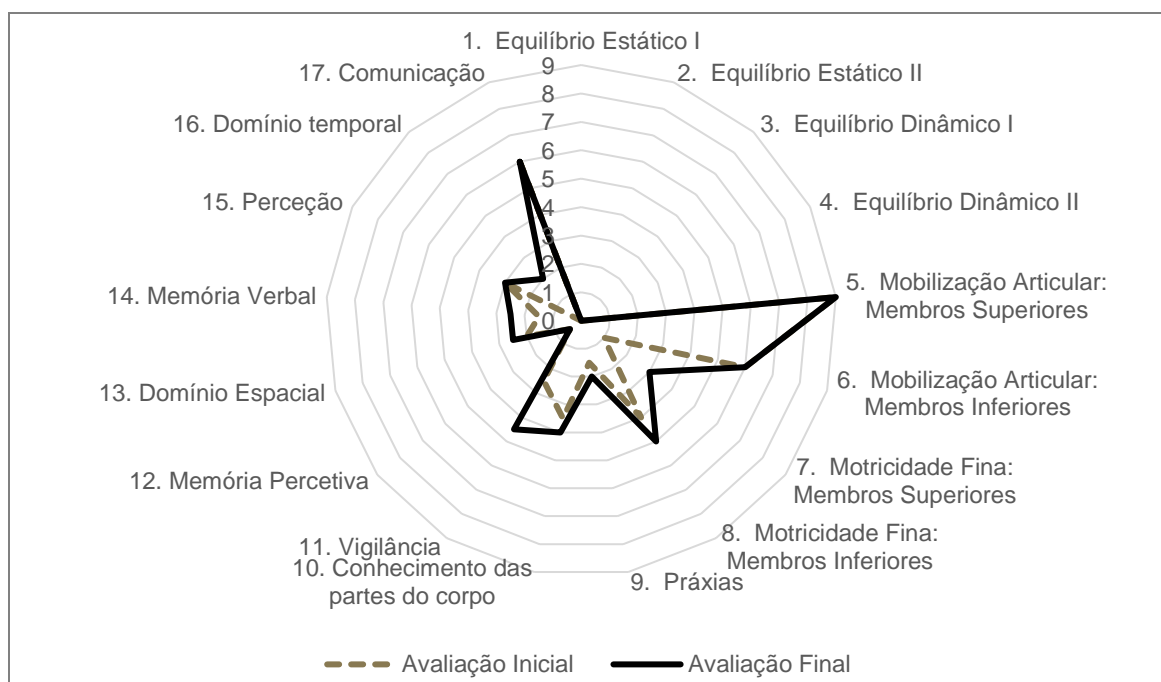


Figura 3 – Comparação da avaliação inicial e final (EGP) da Sofia

Nos domínios referentes ao **equilíbrio** não foram aplicadas as provas em ambos os momentos de avaliação, uma vez que a residente estava em cadeira de rodas e não se levantava em consequência de uma queda e devido à quantidade de massa muscular perdida. A última vez que realizou treino de marcha foi em dezembro de 2015 e desde aí, a avaliação no âmbito da Fisioterapia, redirecionou os objetivos para o ganho de massa muscular. Depois desse período, por questões de organização logística da Fisioterapia, houve uma redução da participação da Sofia nesta terapia.

Relativamente à comparação dos resultados obtidos (tabela 7), é de referir que, na **mobilização articular dos membros superiores e inferiores**, a Sofia não apresentou dificuldades quer na forma passiva, quer na forma ativa, não se registando nenhum dos aspetos qualitativos em falha enumerados para este domínio.

Tabela 7 - Resultados da *mobilização articular* (total=6)

Domínio	Cotação inicial	Cotação final
Mobilização articular: membros superiores	9	9
Mobilização articular: membros inferiores	6	6

Ainda assim, a amplitude dos movimentos foi muito reduzida. Os mesmos resultados mantiveram-se na avaliação final, onde a amplitude dos movimentos foi maior (existiu um maior afastamento dos braços em relação ao corpo) e nos dois momentos de avaliação a Sofia não considerou a tarefa difícil. Ainda assim, continuaram a verificar-se limitações causadas em consequência desta baixa amplitude, como não conseguir retirar os sapatos, aspeto qualitativo da avaliação. A registar como diferente nas duas avaliações, existiu uma melhoria na organização do movimento, possivelmente por haver uma melhoria ao nível do planeamento motor. Apesar de não serem evidenciadas grandes dificuldades neste domínio, por ser uma das possíveis consequências do envelhecimento patológico (Rodríguez, 2003), foram realizadas atividades no sentido preventivo, como a perceção de peso e calor, sugeridas por Nuñez e González (2012). Conforme referido quando foi sinalizado o impacto do trabalho dos objetivos no caso, a maior amplitude dos movimentos era importante para auxiliar a residente nas tarefas de autocuidado e de vestir, algo que os enfermeiros identificaram fazer com mais facilidade, ainda que continuasse a necessitar de ajuda, bem como conseguindo ter uma maior destreza nos movimentos necessários no momento da refeição, aspeto observado pela psicomotricista estagiária.

Relativamente aos tópicos da **motricidade fina dos membros superiores**, verificou-se que, a par da incapacidade de executar as tarefas solicitadas, demorava muito tempo em compreender o movimento que fazia (tabela 8). Especificando, na tarefa do *abotoar* não só ultrapassou o tempo como não fez nenhuma das tarefas, mesmo

depois de voltar a ser explicado e demonstrado. Já na avaliação final, a residente conseguiu realizar o *desabotoar*, mas, uma vez que o tempo excedeu o definido pelo instrumento, não foi cotado. Em ambos os momentos necessitou de ajuda para vestir o colete, ainda que na segunda a tarefa tenha sido facilitado por realizar movimentos mais amplos e, nas duas avaliações, foi mantido o contacto visual com os botões. Nos movimentos de *tamborilar* e *oponência* do polegar, e uma vez que não conseguiu fazer na avaliação inicial, depois de cotada a tarefa, foi feita mobilização para perceber cada um dos movimentos e, ainda que ao início replicasse a tarefa, não a fez na totalidade. Já no momento de avaliação final, realizou o movimento de *tamborilar*, mas não conseguiu concluir o de *oponência do polegar*.

Tabela 8 - Resultados da *motricidade fina* (total=6)

Domínio	Cotação inicial	Cotação final
Motricidade fina: membros superiores	1	3
Abotoar e desabotoar	0	0
Tamborilar	0	0
Oponência do polegar	0	2
Pegar num objeto	1	1
Motricidade fina: membros inferiores	4	5
Colocação dos pés	1	1
Pontapear uma bola	2	2
Posicionamento dos pés	1	2

Qualitativamente, na avaliação inicial, verificou-se perplexidade ao movimento, sobretudo à *oponência do polegar* e, em ambas, um movimento mais rápido na mão direita, mantendo-se sempre contacto visual com o mesmo. Na *pega do objeto (moeda)* os resultados mantiveram-se sendo que, em ambos os momentos, o movimento foi mais rápido com a mão direita, não reconhecendo o valor da moeda em nenhuma das situações. Estas alterações na motricidade fina vão ao encontro do enunciado pela literatura que, tal como aconteceu no caso da Sofia, verifica-se dificuldade não só na execução como no planeamento (Corti, et al, 2017; Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012) e podem também estar relacionadas com as dificuldades na orientação espacial, que foram notórias neste caso e que Contreras-Vidal, Teulings e Stelmach (1998) apontam como fator influenciador. Ainda assim, e sendo uma tarefa muito pertinente na sua autonomia, que é frequentemente afetada (Juhel, 2010), não só na pega, mas como nos movimentos cooperativos (Nuñez e González, 2012) este foi um aspeto fortemente trabalhado no decorrer de todo o processo de intervenção, e que, conforme aponta a literatura, não foi dissociado das funções executivas, nomeadamente do planeamento motor (Corti et al., 2017) e das noções espaciais (Contreras-Vidal, 1998). Este fator, conjugado com o já referido da motricidade global, permitiu à residente manter uma

maior autonomia nos momentos de refeição, neste âmbito específico na manipulação dos talheres. Ainda neste parâmetro, importa referir, que não havia registo de perda de sensibilidade na polpa dos dedos, havendo distinção de diferentes texturas e temperaturas.

Já na **motricidade fina dos movimentos inferiores**, tarefa que foi realizada sentada, uma vez que a Sofia estava em cadeira de rodas, na *colocação dos pés*, a tarefa voltou a ser condicionada pelo facto dos movimentos serem muito pouco amplos, padrão comum às duas avaliações. Comparando os dois momentos de avaliação, registou-se uma melhor *colocação e posicionamento dos pés*, fazendo-o de forma homolateral e igual prestação no *pontapear da bola*, fazendo sempre o movimento com a ponta do pé. Tal como acontece no caso da Sofia, Juhel (2010) indica que estas atividades poderão estar condicionadas devido à diminuição da força e elasticidade muscular e a da diminuição da flexibilidade das articulações, aspeto evidenciado na tarefa do *posicionamento dos pés*.

No domínio das **praxias**, verificou-se em ambas as avaliações que a Sofia utilizou e nomeou corretamente os talheres, ainda que na maioria das refeições usasse apenas a colher, uma vez que ingeria, maioritariamente, comida triturada (tabela 9). Nas duas avaliações, apesar do movimento ser lento, não houve registo de situações anómalas que comprometessem o desenvolvimento da tarefa.

Tabela 9 - Resultados das *praxias* (total=6)

Domínio	Cotação inicial	Cotação final
Praxias	2.5	3
Utilização de talheres	1	1
Pantomima	1.5	2
Escrita	0	0
Cópia de figuras	0	0
Construção da pirâmide	0	0

Na tarefa da **pantomima**, no primeiro momento de avaliação, imitou todos os movimentos, à exceção do *ralhar*, referindo que não se lembrava, mas que conseguiu executar na avaliação final. Em ambas as avaliações, não foram realizados movimentos adicionais e complementares aos solicitados. A boa prestação nesta tarefa é justificada pelos dados da literatura que relacionam a imitação de gestos com um bom conceito de esquema corporal (Goldenberg, 2016), domínio onde a Sofia teve um bom desempenho.

Relativamente à **escrita**, na primeira avaliação começou por escrever (as letras não foram perceptíveis) mas foi-se esquecendo do que estava a fazer. Já comparativamente à segunda avaliação, ainda que não tenha conseguido escrever,

apercebeu-se de que não estava a escrever de forma correta. Em ambos os momentos se registaram alguns tremores, ainda que tenham sido mais constantes na primeira avaliação, sendo também o segundo momento mais fluído, ao nível dos movimentos das articulações. Nos dois, foi realizada a pega pinça.

Na tarefa da **cópia das figuras**, em nenhuma das avaliações realizou a tarefa de forma possível a ser cotada, sendo que na primeira vez que realizou a tarefa fez riscos e, da segunda vez, figuras fechadas, ainda que nenhum dos modelos fosse similar ao pedido. Nas duas tarefas anteriores, escrita e cópias de figuras, os resultados podem estar relacionados com a desorganização espacial que também se manifesta pela representação construtiva (Juhel, 2010; Rodríguez, 2003; Schintu et al., 2014).

Na prova de **construção da pirâmide**, verificaram-se diferenças, uma vez que, na primeira, não compreendeu a disposição espacial e não a concluiu, mesmo depois de passarem os 30 segundos válidos para a cotação, enquanto que na segunda, conseguiu completar a tarefa na totalidade, ainda que, e dado o período de tempo estabelecido, não se manifeste na cotação. Também a construção de figuras tridimensionais é uma dificuldade evidenciada por Juhel (2010) como uma manifestação da desorientação espacial. Aqui, e uma vez que os resultados da avaliação final indicam uma melhor perceção do espaço, a cotação atribuída poderá estar mais relacionada com haver uma redução na velocidade com que se executam as tarefas bem como o tempo que demora, que começa a ser maior (Lamb et al., 2016).

No **reconhecimento das partes do corpo**, os resultados foram similares nos dois momentos de avaliação (3.5 na avaliação inicial e 4 na avaliação final, num total de 6), sem registos de hesitações ou correções, havendo uma melhoria na tarefa de identificar a frente e costas da figura, fazendo-o sem ajudas, ao contrário do que aconteceu na primeira avaliação. Já à semelhança do primeiro momento de avaliação, identificou sete partes do corpo ausentes e identificou e nomeou, na totalidade, todas as partes do corpo referidas. O bom reconhecimento das partes do corpo é referido por Fonseca (2001) que, explicando o declínio dos fatores psicomotores no envelhecimento, aponta que, com o passar dos anos, este é o que mais se encontra preservado. Aqui importa referir que, não só o esquema, mas também a imagem corporal foi trabalhada, valorizando-se a imagem da Sofia, como indicam Hilion (2015), Juhel (2010) e Olalla (2009) que salientam a importância de associar sentimentos positivos, valorizando-se a imagem do corpo e que, sendo positivo, poderá estar relacionado com a não existência de situações de evitamento (Nuñez e González; Olalla, 2009) que se verificava na Sofia. A identificação das partes do corpo foi uma competência importante na localização da

dor, e posterior identificação e compreensão da mesma, aspeto referido por Gaucher-Hamoudi e Guiose (2007).

Relativamente à **imitação de posições**, realizou três (na avaliação inicial tinha realizado duas) mas, sem o modelo, voltou a não recuperar nenhuma, havendo algumas dificuldades em manter o braço em total verticalidade, mais acentuadas na primeira avaliação. Esta dificuldade na imitação pode estar relacionada com as alterações que vão surgindo no esquema corporal (Rodríguez, 2003), gerando apraxias que se podem expressar na imitação de gestos. Já o facto de ter muita dificuldade em recuperá-las sem modelo, poderá justificar-se pelas dificuldades na retenção de informação a curto prazo, uma das mais enumeradas pela literatura (Hilion, 2015; Horning e Davis, 2012; Stopford et al., 2012).

No que diz respeito ao primeiro item da **vigilância**, na primeira avaliação, a Sofia necessitou da repetição de algumas instruções e de reforço verbal para se focar na tarefa, algo que já não foi necessário na avaliação final (tabela 10).

Tabela 10 - Resultados da *vigilância* (total=6)

Domínio	Cotação inicial	Cotação final
Vigilância	3.5	6
Manutenção da atenção	1	2
Agarrar um cubo ao sinal	1	2
Identificação de cores e formas	1.5	2

Quanto à tarefa de *agarrar o cubo ao sinal*, a residente fez na primeira contagem, mas nos 10 segundos já dispersou e não se lembrou do que tinha que fazer ao cubo, enquanto que no segundo momento de avaliação agarrou o cubo nas duas solicitações. As pegas foram realizadas usando o polegar e o indicador. Aqui, refletindo-se sobre os resultados, importa referir que a manutenção da atenção, seja ela em estímulos únicos como continuados, está afetada (Geerligts et al., 2014) mas é expectável que melhore como uma das consequências da intervenção psicomotora (Nuñez e González, 2001, 2012), ambas as situações verificadas no caso da Sofia. Na tarefa de *identificação de formas e cores* identificou todas as cores, nas duas avaliações. Já na identificação das formas, na avaliação inicial referiu o quadrado e o círculo e na final, indicou todas, ainda que, em ambas, tivesse dito o nome bola, ao invés de círculo. As melhorias a este nível poderão estar relacionadas com o facto de as competências aqui referidas serem transversais e implícitas nas várias tarefas realizadas em sessão, estando continuamente a ser trabalhadas e num meio sem estímulos parasita, que reunia as condições ideais para o fazer.

Quanto à *memória perceptiva*, não evocou nenhum momento dos vários pedidos (cores e posições, este último com e sem pistas) nos dois momentos de avaliação.

No **domínio espacial**, a residente sabia que não estava em sua casa, mas não identificava os dados do local onde se encontrava, em ambas as avaliações, referindo não se lembrar (tabela 11). Esta desorientação espacial é frequente em pessoas com síndromes demenciais (Erel e Levy, 2016; Hilion, 2015; Nuñez e González, 2012). Em comparação à avaliação inicial, houve vários pontos que se mantiveram, nomeadamente a *orientação das noções frente/trás e cima/baixo* e dos objetos (teve a totalidade da cotação), não apresentando confusões ou desorientações na tarefa, e na sequência e orientação dos deslocamentos (não teve cotação), não conseguindo perceber a exemplificação da tarefa e, conseqüentemente, não a realizando. Registrou-se uma melhoria no tópico da *divisão das linhas*, onde na primeira avaliação não tinha realizado nenhuma divisão dos dois segmentos e, na segunda, fez a divisão ao meio da primeira linha e, em nenhuma das avaliações, fez dobras na folha ou seguiu a linha com os dedos. Em todas estas provas, estão envolvidos conceitos espaciais, também eles afetados no processo de envelhecimento (Juhel, 2010; Rodríguez, 2003; Schintu et al., 2014). Outro fator importante foi a dificuldade na orientação dos deslocamentos, o que poderá estar relacionado com o facto de estar em cadeira de rodas e a sua deslocação ser acompanhada por ajudantes de ação direta, fazendo com que a Sofia tivesse uma postura passiva nestes momentos. Ainda assim, nos momentos de entrar e sair na sessão, enquanto se percorriam os lugares da casa, iam sendo identificados.

Tabela 11 - Resultados do *domínio espacial* (total=6)

Domínio	Cotação inicial	Cotação final
Domínio espacial	2	2.5
Localização geográfica	0	0
Orientação	1	1
Divisão de linhas	0	0.5
Sequência de deslocamentos	1	1
Orientação dos objetos	0	0
Orientação nos deslocamentos	0	0

Relativamente à **memória verbal**, na avaliação inicial (cotação de 1.5 no total de 6), evocou a palavra *pêssego*, de forma imediata. Já nos momentos do dia, não apontou nenhum momento. Na memória verbal, o único parâmetro cotado voltou a ser a palavra *copo*. Já na avaliação final (cotação de 2.5 no total de 6), no que diz respeito à memória verbal, repetiu as três palavras de forma imediata e sem inversões, verificando-se aqui uma melhoria. Em ambos os momentos, não se verificaram anomalias na pronúncia das palavras. Ainda assim, e à semelhança do que aconteceu

na avaliação inicial, não apontou os momentos do dia. Outra diferença notada foi na *evocação diferida*, onde foi capaz de reconhecer duas palavras. Não só nesta tarefa, mas como em todas as provas do *EGP* que implicavam a memória, verificaram-se, frequentemente, dificuldades. Conforme indica a literatura e é corroborado pelos dados apresentados, os vários tipos de memória estão afetados no envelhecimento, acentuando-se na presença das síndromes demenciais, como é o caso (Blasco e Ribes, 2016; Klencklen, et al., 2017). A memória de trabalho apresenta-se como a mais afetada (Klencklen et al., 2017), sendo que na Sofia esta foi uma dificuldade muito presente, dando-se grande enfoque, durante todo o processo de intervenção, à retenção de informações, capacidade também alterada (Hilion, 2015).

Na **percepção**, foi capaz de dar continuidade à *canção*, em ambas as avaliações (tabela 12), de forma imediata e audível, o que também pode estar relacionado com o facto de estar bastante familiarizada com a canção e de gostar de cantar, o que potencia o seu reconhecimento, mesmo com o avançar do processo demencial (Rodríguez, 2003).

Tabela 12 - Resultados da *percepção* (total=6)

Domínio	Cotação inicial	Cotação final
Percepção	3	3
Cantiga conhecida	1	1
Reprodução de estruturas rítmicas	0.5	0.5
Estereognosia	1	1
Identificação de imagens	0.5	0.5
Leitura de um texto	0	0

Nos dois momentos, reproduziu duas estruturas rítmicas na *reprodução de estruturas rítmicas*. O facto de apenas ter realizado as tarefas mais simples e de, ao longo da intervenção, também ter manifestado dificuldades neste domínio, é justificado por Juhel (2010) que enuncia esta dificuldade em compreender diferentes ritmos, uma vez que a partir da terceira sequência começou a adicionar batimentos aos solicitados.

A prestação nas tarefas de avaliação da *estereognosia* foi igual nas duas avaliações, sendo que reconhecem a forma da bola, mas não conseguiu nomear o material de que era feito a colher, apresentando sempre tendência para só explorar os materiais com a mão direita. Apesar da literatura referir que, no processo de envelhecimento, há perda de sensibilidade a este nível (Amaied, et al., 2015; Breen et al., 2016), este resultado poderá estar relacionado com a dificuldade em nomear um termo específico, explicado pelas já referidas alterações na memória.

Na *identificação das imagens*, em ambos os momentos de avaliação, identificou as uvas e o gato, não identificando a imagem da montanha. Tal facto também poderá estar relacionado com a familiarização dos objetos apresentados, uma vez que este último não era frequente no seu quotidiano.

Quanto à *leitura do texto*, na primeira avaliação, a Sofia apresentou muitas dificuldades nesta tarefa, pedindo para não fazer mais logo no início. No segundo momento de avaliação, e apesar do quantitativamente não ser possível cotar a avaliação, a residente conseguiu ler o texto todo, de forma fluente, ainda que em tempo superior ao indicado pelo instrumento. Dados os resultados, parece que o processo mais comprometido passava pela velocidade de processamento, referido por Madhavan et al. (2014) que acabou por se manifestar na leitura. É ainda de referir que o tamanho de letra escolhido, em ambos os momentos, foi o maior.

Quanto ao **domínio temporal**, não obteve nenhuma resposta correta na avaliação inicial (tabela 13). Já na avaliação final, não identificou nenhuma questão referente às *datas*, mas foi capaz de ver as horas e responder corretamente a todas as questões sobre os *dias da semana e meses do ano*, começando a enumerá-los pelo primeiro dia e mês da semana e ano, respetivamente. Aqui importa realçar a capacidade recuperada de voltar a ver as *horas*, reforçada aquando da definição dos objetivos, uma vez que, quando estava na sala, a residente era capaz de ver o relógio de parede e, consequentemente, sentir-se mais orientada com a passagem do tempo. Para a melhoria da compreensão das questões temporais, podem ter contribuído o facto das sessões se realizarem nos dias marcados e sempre à mesma hora, aspeto que contribui para que a pessoa se vá identificando com o seu contexto real (Madera, 2005). Contudo, os resultados poderão relacionar-se não só com o domínio espacial, mas também com as questões da memória episódica, uma vez que este também pode haver o esquecimento de datas pessoais importantes (Blasco e Ribes, 2016), como a data de nascimento.

Tabela 13 - Resultados do *domínio temporal* (total=6)

Domínio	Cotação inicial	Cotação final
Domínio temporal	0	2
Datas	0	0
Hora	0	1
Dias da semana e meses do ano	0	1
Sequência de eventos	0	0

Por último, não organizou as *sequências de eventos* em nenhum dos momentos de aplicação da prova, referindo não se lembrar. A incapacidade em compreender uma

sequencialização de uma ação é justificada por Juhel (2010) que também adianta um padrão similar ao da Sofia, nomeadamente em identificar situações atuais de passadas.

Por fim, na **comunicação**, verificou-se que a linguagem foi coerente, apesar de ser notória a dificuldade em evocar algumas palavras mais específicas. Paralelamente, também compreendeu as instruções, ainda que estas, por vezes, tivessem que ser repetidas e explicadas de forma simples. A expressão não verbal também foi adequada durante todo o momento de avaliação. Na comunicação manteve-se a totalidade da cotação. Aqui, os bons resultados na comunicação obtidos nos contextos da sessão, eram melhores do que os, por vezes, observados no contexto real, que pode ser justificado pelo facto de existir uma dificuldade na compreensão e posterior expressão quando as conversas são mais rápidas e o tema não é devidamente enquadrado (Aragoneses e Blásquez, 2012) e por haver excesso de estímulos parasitas (Goossens et al., 2017). Aos processos de comunicação verbal, e de forma a potenciá-los, foram utilizadas várias estratégias enumeradas por Slaughter et al. (2014) como a utilizações de gestos, de expressões faciais e falar pausadamente. A par do verificado no contexto das sessões de GPM, é importante referir o feedback, sobretudo dos enfermeiros, que notaram que a residente conseguia expressar melhor as suas necessidades.

No decorrer das sessões, não se verificaram **alterações comportamentais**, situação que pode ser frequente nas síndromes demenciais, conforme aponta Rodríguez (2003). Ainda assim, é de registar a alteração da Sofia depois de um período de hospitalização, em que foi submetida a uma pequena cirurgia (cateterismo), estando com menor tempo de atenção e ficando cansada mais facilmente. Neste momento de intervenção, as sessões restringiram-se aos momentos de atividades com música e de massagem com cremes aromáticos, de forma a proporcionar o bem-estar da residente, dado o estado de maior apatia e indiferença aos estímulos exteriores, que também são recorrentes nos períodos de maior declínio (Linde et al., 2017; Ortiz et al., 2015).

Outros dos momentos com alterações na intervenção acontecia quando estava muito desorientada espacial e temporalmente, não sabendo onde estava e pensando que o marido estava à sua espera em casa. Aí, tinha algumas dificuldades de atenção, mas, na maioria das vezes, envolvendo-se nas atividades, esquecia-se desta preocupação. A presença de momentos de maior agitação é relatada por Hendriks et al. (2015) como um dos aspetos frequentes nos diagnósticos de síndromes demenciais, como é o caso da Sofia.

Ao contrário do que aponta Hilion (2015) e mesmo tendo a Sofia percepção das suas limitações, este não causou grande impacto de um ponto de vista emocional, nomeadamente a associação a sentimentos negativos.

De uma forma direta, tanto pela aplicação do *EGP* como do *MMSE*, não foram avaliadas, em detalhe, as **funções executivas**. Ainda assim, esta foi uma capacidade implícita em várias provas e que, inclusive, poderá justificar alguns dos resultados. Assim, e sendo este um fator bastante afetado com o envelhecimento, existem aspetos essenciais e transversais a todo o processo de intervenção, nomeadamente a compreensão dos tempos de resposta e de execução que, e tal como indica a literatura, se tornam maiores (Kennedy e Raz, 2016; Horning e Davis, 2012; Blasco e Ribes, 2016). Em sessão foi, continuamente, respeitado o tempo da residente, muito facilitado por se tratar de uma intervenção individual, sendo tudo adaptado às suas necessidades. Paralelamente, procurou-se proporcionar sempre momentos de escolha, aspeto também referido por Horning e Davis (2012), como, por exemplo, na escolha dos materiais, de forma a que estes também se tornassem mais significativos (Morais, 2007). Já nas variações das atividades geraram-se situações que implicassem a resolução de problemas, uma vez que Horning e Davis (2012) também apontam este tópico como uma das questões afetadas.

3.7 Conclusões do Caso Sofia

A participação regular nas terapias foi um aspeto de extrema importância para a Sofia, não só pela evolução verificada nos resultados obtidos, mas porque, e como sugerem Treusch et al. (2015) esta participação deve realizar-se ao longo do tempo. A par destes fatores, é de salientar o facto da Sofia gostar muito das sessões, algo que é comum na literatura que indica que, por norma, estes espaços terapêuticos que englobam vários domínios, são reconhecidos positivamente pelas pessoas idosas (Khoo et al., 2014) promovendo, tal como no caso da Sofia, sentimentos de auto eficácia (Gallagher e Carr, 2016; Weinberg et al., 2015), que serão tanto maiores quanto maior for a motivação (Weinberg et al., 2015), corroborando o que aconteceu com a residente.

Ao nível dos resultados obtidos, estes vão ao encontro do que refere a literatura de uma forma geral, indicando que, a participação regular nas sessões de GPM, trará a manutenção ou melhoria das capacidades da pessoa, com conseqüente impacto na sua vida diária (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012). Especificando esta transferência para a vida diária, é de referir o parecer dos enfermeiros, conforme detalhado em cada um dos objetivos já mencionados, que nos momentos de autocuidado da Sofia,

identificaram a maior facilidade na realização dos movimentos e o facto de estar mais atenta e orientada para as tarefas que estava a executar.

Um dos pontos positivos de toda a intervenção, e dado o facto de esta decorrer em meio institucional, passou pela possibilidade de acompanhar a residente na totalidade da sua rotina, proporcionando-se inúmeros momentos de observação em contexto natural, absolutamente necessários para se ir ajustando a intervenção psicomotora.

Relativamente às dificuldades no decorrer da intervenção, é de salientar dois períodos de instabilidade clínica que afetaram a intervenção (Palese et al., 2016), em momentos de pós hospitalização. Ainda assim, estas alturas não tiveram grandes consequências na evolução do processo de intervenção.

Como grande falha desta intervenção destaca-se a impossibilidade de dar continuidade à terapia ou a outro tipo de acompanhamento, uma vez que, dado o perfil da residente, não foi possível prescrever tarefas para realizar em autonomia, necessitando de um apoio frequente e, preferencialmente, individual que, devido aos recursos técnicos disponíveis, não foi possível realizar. Por outro lado, também o contacto com a família quase nunca foi realizado diretamente pela psicomotricista estagiária, apesar de haver uma boa comunicação das informações entre a equipa técnica.

Ainda assim, o balanço da intervenção é bastante positivo, não só pelos resultados quantitativos apresentados, mas, sobretudo, pela satisfação da Sofia em relação às sessões e consequente sentimento de competência através do reconhecimento dos sucessos obtidos, sendo este caso um exemplo da pertinência da elaboração de planos individualizados em fases avançadas das síndromes demenciais. É também de referir a consequente melhoria da qualidade de vida que este tipo de intervenção traz porque, por um lado, advém os resultados consequentes de uma estimulação totalmente focada nas características da pessoa e, por outro, e tendo em conta as características do meio institucional, este momento de intervenção é uma espaço de atenção personalizada, o que neste contexto nem sempre é possível, transmitindo à pessoa o sentimento de que está a ser valorizada o que, consequentemente, resulta numa melhoria da sua qualidade de vida.

No final da intervenção, e depois de repetidas as avaliações, foi realizado um resumo dos objetivos trabalhados e de algumas formas como estes poderiam ser feitos, sendo que este registo por ser colocado na plataforma *Ankira*, ficou disponível para todos os profissionais da casa. Assim, e uma vez que a residente não continuou a ter

sessões de GPM, procurou-se que continuasse a integrar as atividades propostas pela CABH, nomeadamente as classes de movimento de Fisioterapia e os ateliers decorativos da Animação Sociocultural onde, e apesar da Sofia ter algumas dificuldades em acompanhar as sessões de grupo, com maiores ajudas durante estes momentos, poderia fazê-lo.

4 Análise de Caso – Intervenção em Grupo

De forma a compreender-se melhor a intervenção em grupo, este capítulo inicia-se com o porquê da integração no mesmo e a caracterização das pessoas, seguindo-se com a definição do plano de intervenção, a descrição da estrutura das sessões, a avaliação geral do grupo e uma breve análise da evolução de cada pessoa. A cada elemento do grupo foi atribuído um nome fictício de modo a preservar a identidade dos mesmos.

4.1 Organização do Grupo

Para as sessões de grupo, a seleção dos residentes obedeceu a alguns critérios de inclusão, devido à dinâmica que se pretendia para esta intervenção, nomeadamente o facto das pessoas idosas manterem preservadas algumas capacidades de compreensão de instruções e não manifestarem comportamentos desajustados ou estereotípias que pudessem influenciar, negativamente, o decorrer da sessão. Esta escolha foi auxiliada pela equipa técnica da instituição, que já conhecia os residentes.

Posteriormente, foi realizada uma avaliação dos membros do grupo através da *Escala de Observação do Grupo*, já anteriormente descrita. Para observar as competências descritas na escala, desenvolveram-se, nas primeiras sessões, tarefas adequadas a tal, complementando-se com observação em contexto real. A par destes dados, foi tida também em atenção a informação das últimas avaliações e as observações da participação nas tarefas, inseridas no *Ankira*. Os primeiros dados foram, maioritariamente, úteis para perceber as competências cognitivas dos residentes, enquanto que as observações informais permitiram compreender a frequência de participação nas tarefas, os tipos de atividades que preferiam e qual era a sua prestação durante as mesmas.

Os resultados quantitativos, especificados no anexo F, foram muito heterogéneos, algo que é comum quando se trabalha com esta população (Pereira, 2004). Assim, foi realizada uma síntese das alterações ao nível psicomotor, cognitivo, sensorial e socioemocional com base nos dados da *Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade*, do *MMSE* e das observações realizadas em sessão e em contexto natural, comuns a grande parte do grupo.

De uma forma geral, verificou-se que, de um ponto de vista **psicomotor**, nomeadamente no *tónus*, a grande maioria foi classificada tendo um perfil eutónico, ainda que existissem dificuldades ao nível da amplitude dos movimentos, o que é um padrão comum no envelhecimento, dada a diminuição da elasticidade muscular (Agypong-Badu et al, 2016; Ziff e Stark, 2017). No parâmetro do *equilíbrio*, a avaliação quantitativa foi condicionada pelo facto de vários elementos estarem em cadeiras de rodas. Nas restantes pessoas idosas, as maiores dificuldades neste fator registavam-se, sobretudo, quando a sua atenção não estava focada unicamente na tarefa de equilíbrio, o que é confirmado por Bruce-Keller et al (2012) e Diaz-Pegrina et al. (2016), que salientam as dificuldades neste âmbito, quando se realiza uma tarefa cognitiva simultânea. Já no que diz respeito às questões *espaciais*, existiam limitações nas praxias construtivas (Juhel, 2010). Por outro lado, na percepção *temporal*, constatou-se que, a maior dificuldade, passava por compreender diferentes ritmos (Juhel, 2010). No que concerne à *coordenação motora*, as maiores limitações, surgiram na iniciação, na interrupção (Rand e Stelmach, 2011) e na redução da velocidade dos mesmos (Lamb et al., 2016) e na realização de movimentos rápidos (Aubert e Albaret, 2001). Quanto à *motricidade fina*, registaram-se alterações na execução, na precisão (Aubert e Albaret, 2001; Corti et al., 2017; Juhel, 2010; Nuñez e González, 2012) e no planeamento (Corti et al., 2017).

Ao nível do domínio **cognitivo**, no caso concreto das *funções executivas*, as pessoas idosas avaliadas manifestaram uma menor flexibilidade cognitiva, dificuldade na inibição, necessidade de mais tempo para resolver problemas e tomar decisões (Horning e Davis, 2012). Quanto à *memória*, a mais afetada era a de trabalho (Horning e Davis, 2012; Hilion, 2015; Stopford et al., 2012), evidenciando-se esta dificuldade sobretudo ao nível da retenção de instruções (Hilion, 2015). Depois da compreensão de instruções, as alterações na *atenção* manifestavam-se na manutenção desta e, posteriormente, em realizar o que era pedido (Stopford et al., 2012). Ainda relacionadas com as dificuldades na atenção, existiam implicações nas tarefas de *cálculo* (APA, 2013).

No domínio **sensorial**, existiam membros do grupo com perda parcial ou total de *visão*, entre outras alterações características desta fase da vida, conforme enumeram Aubert e Albaret (2001), nomeadamente uma menor acuidade visual central e periférica. Também eram evidentes alterações na *audição* (Aubert e Albaret, 2001; Cooper et al., 2006; Goossens et al., 2017) e no processamento dos estímulos auditivos (Cooper et al., 2006; Goossens et al., 2017).

Por último, no domínio **socioemocional**, neste grupo, verificou-se, maioritariamente, a perceção das atuais limitações que, por vezes, lhes trazia sentimentos negativos (Hilion, 2015).

A estrutura das sessões, posteriormente apresentada, procurou dar resposta às alterações acima mencionadas nos âmbitos psicomotor, cognitivo e socioemocional, tendo em conta as alterações no domínio sensorial.

Paralelamente, foi importante compreender que atividades ou terapias já existiam na casa. Aqui verificou-se que, ao nível destas propostas já realizadas, uma das características comuns era o facto de, apesar de serem atividades realizadas com várias pessoas ao mesmo tempo, poucas implicavam a interação em grupo. Assim, este tornou-se um dos pontos mais importantes, conforme é posteriormente descrito. Importa ainda referir que, tendo em conta as outras atividades e terapias onde as pessoas idosas estavam inseridas, existiram dois objetivos que foram trabalhados com menos enfoque, nomeadamente o equilíbrio, uma vez que a intervenção por parte da Fisioterapia se focava bastante neste aspeto e a motricidade fina, dados os vários ateliers decorativos em que os residentes participavam no âmbito da Animação Sociocultural.

4.2 Caracterização do Grupo

Os residentes referidos na tabela 14 frequentaram sempre as sessões, salvo exceções justificadas por saídas ou alterações de saúde.

Tabela 14 - Resumo das características dos participantes nas sessões de grupo

	Data de Institucionalização	Idade (momento intervenção)	Habilitações Literárias	Profissão	Tecnologia de Apoio	Caracterização Clínica
Melissa	Junho de 2009	91 anos	4.ª classe	Costureira	Óculos Cadeira de rodas	Síndrome demencial não especificada
Pedro	Fevereiro de 2012	83 anos	4.ª classe	Funcionário público	-	Síndrome demencial não especificada
Fábio	Agosto de 2012	89 anos	Doutoramento	Professor de Ensino Especial	Andarilho	Doença de Parkinson
Cláudia	Outubro de 2013	91 anos	4.ª classe	Auxiliar em creches	Óculos	-
Gonçalo	Setembro de 2014	92 anos	4.ª classe	Funcionário de laboratório	Bengala	-
Ricardo	Maio de 2015	75 anos	4.ª classe	Motorista de pesados	Apoio humano nas deslocações	Perdeu a visão há cerca de 15 anos
Inês	Dezembro de 2015	94 anos	4.ª classe	Modista	Óculos Bengala	Síndrome demencial não especificada
Mariana	Abril de 2016	88 anos	4.ª classe	Costureira	Óculos	Síndrome demencial não especificada

	Data de Institucionalização	Idade (momento intervenção)	Habilitações Literárias	Profissão	Tecnologia de Apoio	Caracterização Clínica
Alexandre	Julho de 2016	81 anos	4.ª classe	Mecânico	Cadeira de rodas Cadeira de rodas	Fratura do fémur Pós-AVC
Joana	Outubro de 2016	85 anos	4.ª classe	Doméstica	-	Cancro no intestino
Luís	Novembro de 2016	66 anos	Ensino técnico profissional	Medidor Orçamentista	Óculos Cadeira de rodas	Pós-AVC
Filipa	Dezembro de 2016	85 anos	Ensino Secundário	Doméstica	Cadeira de rodas	Síndrome demencial não especificada
Rita	Fevereiro de 2017	60 anos	Ensino secundário	Bancária	Cadeira de rodas	Pé direito imobilizado Esquizofrenia
Andreia	Março de 2017	73 anos	4.ª classe	Antiquária	Andarilho	Não vê do olho direito Baixa visão no olho esquerdo Fratura na perna esquerda

Nesta tabela 14 procurou-se fazer uma caracterização geral dos residentes, explicando algumas das características pertinentes aquando do planeamento das sessões e respetivos planos de intervenção, nomeadamente as suas habilitações, profissões para perceber os possíveis interesses, os apoios necessários e o tempo de permanência na instituição. As pessoas que foram institucionalizados depois do início do estágio, começaram a frequentar, desde início, com regularidade as sessões, a exceção da Filipa, conforme é posteriormente descrito.

Na sua caracterização clínica evidenciaram-se os diagnósticos cuja expressão comportamental pode ser alvo da intervenção psicomotora, exceção para o diagnóstico da Joana que, apesar de não corresponder ao anteriormente mencionado, condicionava a sua participação na sessão, situação seguidamente explicada.

As pessoas idosas foram apresentadas por data de institucionalização, uma vez que, e como já foi referido, o sentimento de pertença a um grupo foi bastante trabalhado nas sessões de grupo de GPM, sendo que, quando entraram novos residentes na casa, as sessões serviram também como uma forma de os integrar nas dinâmicas da mesma, sendo dos dados apresentados o fator mais condicionante.

Relativamente às AVD, todos os residentes necessitavam de apoio, especialmente nas tarefas de autocuidado, com diferentes graus de intensidade, sobretudo os que se encontravam em cadeira de rodas. Este aspeto não foi especificado em detalhe porque, no contexto desta intervenção, não foi um aspeto condicionante.

4.3 Plano de Intervenção do Grupo

Os objetivos trabalhados centraram-se em questões que são afetadas no processo de envelhecimento, seja a nível psicomotor, cognitivo e socioemocional e onde a GPM pode ser uma resposta, estando-se perante um processo de envelhecimento natural ou com a presença de patologias (Fonseca, 2001; Hilion 2015; Nuñez e González, 2001; Pereira, 2004). No que respeita à calendarização dos objetivos, atividades e temáticas, ao longo do tempo, estas foram geridas em função das necessidades que o grupo apresentava (Rodríguez, 2002), valorizando-se também as opiniões dos participantes, fosse na utilização de um determinado material, num assunto que quisessem abordar ou num aspeto que sentissem a necessidade de estimular, conjugando-se todos estes aspetos aquando da realização dos planos de sessão.

Dada a heterogeneidade do grupo e o facto do envelhecimento ser um processo com consequências gerais na vida das pessoas, as sessões procuraram ser bastante abrangentes, aliando a componente psicomotora e cognitiva (Huang et al., 2015) sem descurar todos os benefícios consequentes de uma intervenção em grupo, onde se geram interações entre os participantes (Nuñez e González, 2012; Vásquez e Mila, 2014).

Assim, a par desta manutenção de competências, é de destacar a criação de uma rotina e de um grupo e, consequentemente, o sentimento de pertença a este. Foi dado maior enfoque a este fator, como já foi referido, por ser este um ponto diferenciador das outras respostas lúdicas e/ou terapêuticas já existentes na instituição. Especificando, e apesar das pessoas idosas estarem envolvidos nas tarefas em grupo, eram poucas as que era realizado um trabalho de cooperação, sendo este isolamento natural da fase da vida em que se encontram (Olalla, 2009). Aspeto que pode ser contrariado, uma vez que um dos grandes benefícios das sessões de GPM em grupo passa, precisamente, pelo estabelecer de relações entre as pessoas (Nuñez e González, 2012), criando o sentimento de pertença (Vásquez e Mila, 2014).

Todos os outros aspetos afetados com o envelhecimento e possíveis de ser estimulados com a intervenção psicomotora não foram descurados, até porque se tratou de uma intervenção em meio institucional onde a população tem, na sua maioria, e como reforça a literatura, diagnósticos de doenças que estão na base de uma redução da capacidade funcional nos mais diversos níveis (Cabré e Serra-Prat, 2004; López et al., 2012; Luppá et al., 2009; Pinzón-Pulido et al., 2016), onde há uma redução natural de estímulos e de desempenho de atividades, comparativamente a quando estavam em

comunidade (Harmand et al., 2014; Palese et al., 2016) aspeto que pode ser contrariado pelo envolvimento em tarefas propostas pela instituição (Harmand et al., 2014).

4.4 Estrutura das Sessões do Grupo

As sessões deste grupo decorreram duas vezes por semana, às segundas e quartas, entre as 11h15 e as 12h45 sendo que, pontualmente, a sessão foi também realizada à sexta no mesmo horário, nomeadamente, nos períodos de férias da animadora sociocultural, uma vez que, neste tempo, não era possível realizar a saída terapêutica. Assim, as sessões iniciaram-se em 23 de setembro de 2016 e terminaram em 17 de maio de 2017, tendo sido realizadas um total de 67 sessões.

O tempo de sessão foi ao encontro do que Nuñez e González (2012) referem, 1h25, sendo que no tempo de sessão referido está incluída a entrada e saída do ginásio. Quanto ao número de pessoas, nas primeiras sessões, foram cerca de oito a nove participantes, mas, na grande parte do período de intervenção, rondaram as 13/14. Rodríguez (2003) indica 10 pessoas como o número que um grupo deve ter na intervenção psicomotora, salientando que o grupo deve ser mais pequeno à medida que as síndromes demenciais se agravam. Uma vez que os critérios de inclusão no grupo foram a capacidade de compreensão e a inexistência de oscilações comportamentais, um grupo grande não comprometeu a realização das sessões.

As sessões realizaram-se sempre no ginásio da casa. A escolha recaiu sobre este espaço, não só por questões logísticas, mas por aqui ser um ambiente sem estímulos parasita e onde a probabilidade de ocorrer interrupções era menor, aspetos que dificultam a realização de tarefas por parte das pessoas idosas (APA, 2013). Quase sempre foram organizadas em roda e os participantes ficavam sentados na maior parte do tempo, seguindo uma estrutura similar, posteriormente descrita, e que com esta população se torna benéfica, na medida em que, o facto de ter sempre a mesma estrutura, dá maior segurança às pessoas idosas (Vásquez e Mila, 2014).

Num primeiro momento, os residentes indicados para este espaço de intervenção eram **convidados a participar na sessão**, no ginásio, sendo dada ajuda aos que necessitavam, nomeadamente às pessoas em cadeiras de rodas e às que apresentavam mais dificuldades na marcha. Pontualmente, aconteceu algumas das pessoas idosas não indicadas para o grupo integrarem a sessão, fosse porque manifestavam interesse ou por ser pedido por outros elementos da equipa para que tal acontecesse.

Quando já estavam todos os residentes sentados, fazia-se a contagem de quantos estavam na sessão, identificando-se cada uma das pessoas e, de seguida, um

momento mais focado na **orientação para a realidade**, referindo em que dia estavam, se havia algum acontecimento marcante no dia, mais relacionado com as notícias que tinham visto ou com os aniversários de alguns dos participantes da sessão e que tarefas já tinham feito nessa manhã. Este ritual, comum a todas as sessões, na qual se integrava o momento de orientação, é referido na literatura (Morais, 2007; Olalla, 2009; Rodríguez, 2003; Vázquez e Mila, 2014) bem como o reconhecimento dos participantes, que reforça o sentimento de pertença ao grupo (Vázquez e Mila, 2014).

De seguida, realizava-se um **momento de ativação**, que se tornou fundamental sobretudo pelo facto do primeiro momento da sessão ser pouco direcionado e, nesta fase, já ser necessário que o grupo fosse capaz de estar atento nas tarefas. Aqui fazia-se, frequentemente, uma coreografia, onde os principais objetivos eram a *ativação neuromuscular*, a *coordenação*, a *atenção* e a *estruturação rítmica*. Em alguns momentos, estimulou-se, também, a *memória a curto prazo*, quando não se dava às pessoas idosas a hipótese de ter um modelo para copiar na realização da dança. As músicas escolhidas foram, essencialmente, músicas de programas de dança sénior, mas também foram selecionadas algumas músicas temáticas, como na altura do Natal, ou músicas tradicionais portuguesas, que os residentes preferiam. A utilização da dança é reforçada por Olalla (2009), onde a refere como meio para alcançar os objetivos já enumerados.

Num segundo momento da sessão, e pelo facto de se tratar de um ambiente de institucionalização, tornou-se essencial realizar uma atividade que tivesse sempre como objetivo a **cooperação**. Aqui, privilegiaram-se jogos de equipa e que envolvessem pontuações e a utilização de materiais que implicavam a manipulação de todos, como o paraquedas ou a construção de teias. Dos vários os momentos da sessão, este era o tempo onde mais era necessária a *comunicação* entre os residentes.

Depois desta atividade, realizava-se outro momento na sessão, mais focada nas **competências cognitivas**, como a *memória a curto prazo*, a *velocidade de ação reação*, o *cálculo simples*, as capacidades de *leitura* e ou *linguagem*, sendo que aqui já não estava envolvido todo o grupo em simultâneo, mas era solicitada a participação de uma pessoa de cada vez, possibilitando uma maior adaptação da dificuldade da tarefa. Consequentemente, esta era uma fase mais calma e com menor nível de atividade, **iniciando o ritual de saída da sessão**.

Estes três momentos, de ativação, de cooperação e de estimulação da cognição, constituíram o momento central da sessão, espaço privilegiado para se trabalharem os

objetivos previamente definidos (Rodríguez, 2003) e, tal como indicam os autores, foram sempre suportados por momentos lúdicos (Madera, 2005; Morais, 2007; Olalla, 2009).

Para terminar, era sempre realizada uma **conversa** onde cada pessoa, à vez, dava a sua opinião sobre o que tinha gostado mais e menos, onde tinha sentido mais facilidade e dificuldade, evocando, conseqüentemente, os momentos da sessão. A importância desta **reflexão sobre o vivenciado** é reforçada por Morais (2007), Olalla (2009), Rodríguez (2003) e Vásquez e Mila (2014).

Também aqui era dada a oportunidade de **fazer sugestões e decidir-se tarefas** que queriam fazer na sessão seguinte. Em concordância com o que referem Nuñez e González (2012), frequentemente, as pessoas idosas preferiram propostas já previamente pensadas pela psicomotricista estagiária, não sugerindo atividades espontaneamente. Ainda assim, com o decorrer das sessões, verificou-se que, com maior facilidade, sugeriam complexificações e variações de atividades previamente propostas, como a utilização do mesmo material para diferente tipo de tarefa.

Por fim, falavam sobre o que iria ser o almoço, que acontecia logo a seguir à sessão. Morais (2007) reforça a importância de explicar as atividades que vão realizar depois de terminarem a sessão, de forma a organizar a rotina. Um exemplo destas sessões está, em detalhe, no anexo E.

Nos diferentes tempos de sessão, os momentos de conversa espontânea entre as pessoas idosas foram valorizados, de forma a criar-se um melhor ambiente em sessão, mas também uma ligação entre estas para a sua vida institucional, aspeto referido por Nuñez e González (2012) e Olalla (2009). O espaço de sessão foi privilegiado para aumentar a frequência e a qualidade das interações entre os participantes, com o benefício de melhorar a coesão entre o grupo (Morais, 2007), dando espaço para que, todas as pessoas que quisessem, partilhassem algo. Este aspeto também foi importante na medida em que, como indica Olalla (2009), melhora as capacidades de escuta e conseqüente compreensão do outro.

Relativamente às **estratégias** utilizadas, ao nível da preparação das tarefas, das já referidas pela literatura, pode referir-se o criar situações de aprendizagem sem erros (Matilla-Mora et al., 2016), com base em atividades com um grau de dificuldade, nem muito fácil nem muito difícil, mas que fossem abrangentes (Rodríguez, 2003) fazendo com que a totalidade do grupo participasse em todos os momentos da sessão, com mais ou menos adaptações, conforme salienta Rodríguez (2003).

Antes da sessão, um aspeto que se revelou muito importante no grupo foi a organização dos residentes em roda, que permitia que todas as pessoas vissem o grupo

na totalidade e que o foco de atenção fosse o mesmo. Dentro da roda, optou-se, por colocar pessoas que naturalmente iriam ajudar ao lado das que necessitavam de mais ajuda.

Já no decorrer da sessão, reforçou-se a utilização de feedbacks positivos com regularidade (Matilla-Mora et al., 2016) e a adaptação contínua das ajudas, em função das dificuldades apresentadas, no momento, por aquela pessoa idosa.

4.5 Avaliação do Grupo e Discussão dos Resultados

A tabela 15 traduz a moda dos resultados obtidos, dado estatístico escolhido por permitir uma visão da maioria do grupo, apesar da sua heterogeneidade em alguns aspetos, conforme é posteriormente apresentado, nos domínios psicomotor, cognitivo e socioemocional.

Ao nível dos resultados em destaque, há algumas hipóteses que podem ser levantadas. Primeiramente, as melhorias na *Estruturação Espacial* poderão estar relacionadas com a repetição das atividades que recorriam à dança que, conforme aponta Olalla (2009) são um bom recurso para melhorar esta questão.

Tabela 15 - Avaliação do grupo: domínio psicomotor da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Tonicidade		
Nível de tonicidade	E	E
Permite mobilização passiva	3	3
Permite mobilização ativa	3	3
Equilíbrio		
Permanece imóvel de olhos abertos durante, \pm 5 segundos *	2	2
Permanece imóvel de olhos fechados durante, \pm 5 segundos *	1	1
Anda *	2	2
Anda, para e volta a andar *	2	2
Levanta-se *	2	2
Senta-se *	2	2
Noção do Corpo		
Identifica, em si, as partes do corpo	4	4
Identifica, nos outros, as partes do corpo	4	4
Nomeia, em si, as partes do corpo	4	4
Nomeia, nos outros, as partes do corpo	4	4
Estruturação Espacial		
Reconhece o que está à frente e atrás de si	3	4
Reconhece o que está do seu lado direito e do seu lado esquerdo	3 e 4	4
Reconhece o que está à frente e atrás, em relação aos outros	3 e 4	4
Reconhece o que está do lado direito e esquerdo, em relação aos outros	3 e 4	4
Motricidade Global		
Executa uma passada regular	2	2
Realiza caminhadas curtas (150m)	2	2

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Tonicidade		
Realiza caminhadas com distâncias médias (500m)	1	1
Realiza longas caminhadas (1km)	1	1
Sobe degraus	2	2
Desce degraus	2	2
Coordenação oculomanual - Recebe uma bola objeto	3	3
Coordenação oculomanual - Lança por cima (uma bola)	3	3
Coordenação oculomanual - Lança por baixo (uma bola)	3	3
Coordenação oculopodal - Recebe (uma bola)	3	3
Coordenação oculopodal - Pontapeia (uma bola)	3	3
Motricidade fina		
Realiza preensão palmar	4	4
Manipula objetos em simultâneo	3	3 e 4
Utiliza as mãos cooperativamente	3	3 e 4
Realiza a pega pinça	3 e 4	4
Executa o movimento de tamborilar	3	3
Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade; E – perfil eutónico; *a moda não entra em consideração com 7 elementos em que o item não faz sentido aplicar.		

Já no que diz respeito aos itens melhorados na *Motricidade Fina*, salienta-se a utilização e manipulação de materiais pequenos em várias sessões, nomeadamente de molas, peças em feltro e sólidos de construção. A utilização destes materiais pequenos, de forma a estimular a precisão e dissociação de movimentos, é sugerida por Nuñez e González (2012) e Juhel (2010), respetivamente. A manutenção destes bons resultados poderá também estar relacionada com a participação frequente de alguns dos residentes nos ateliers de animação sociocultural, onde esta capacidade era, frequentemente, estimulada.

Relativamente à *Atenção*, conforme indicam Nuñez e González (2001, 2012), a participação regular em sessões de GPM potencia o aumento do tempo de atenção (tabela 16). A melhoria neste item, poderá também estar relacionada com os melhores resultados ao nível da compreensão, uma vez que esta competência, de acordo com James et al. (2014) é influenciada pela atenção.

Tabela 16 - Avaliação do grupo: domínio cognitivo da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Orientação para a realidade		
Sabe quem é	4	4
Sabe quantos anos tem	4	4
Reconhece pessoas significativas	4	4
Sabe que dia do mês é	2 e 4	2 e 4
Sabe que dia da semana é	3 e 4	3 e 4
Sabe que ano é	3 e 4	3 e 4
Sabe que horas são	4	4

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Orientação para a realidade		
Memória		
Recorda um acontecimento longínquo da sua vida	4	4
Recorda um episódio ocorrido na semana passada	3	3
Recorda um episódio recente ocorrido na última hora	3	3
Retém uma informação num curto espaço de tempo (5-10 min)	3 e 4	3 e 4
Atenção		
Está atento a uma instrução	3	3
Está atento a uma tarefa	3	3 e 4
Compreensão		
Compreende instruções simples	3	3 e 4
Compreende instruções com duas tarefas	3	3 e 4
Expressão		
Tem um discurso coerente	3	3 e 4
Tem um discurso fluente	3	3 e 4
Mantém uma conversa	3	3 e 4
Exprime sentimentos	3	4
Exprime necessidades	4	4

Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade; E – perfil eutónico; *

Por último, no que concerne aos resultados da *Expressão*, por um lado, poderá estar relacionado com a melhoria das competências da linguagem e, beneficiada pela realização de tarefas como a discussão de notícias, sugeridas por Capotosto et al. (2017) mas, sobretudo, nos pontos *Mantém uma conversa* e *Exprime Sentimentos*, poderão ser influenciados por questões de âmbito mais socioemocional, nomeadamente a melhoria da relação com os pares e a criação de sentimento de pertença a um grupo, um dos grandes objetivos na GPM para Nuñez e González (2012) e Olalla (2009). Neste domínio (tabela 17), salienta-se a maior e mais fácil adesão às sessões, o que poderá estar relacionado com a criação de uma rotina e a perceção desta como uma atividade importante para si, questão salientada por (Khoo et al., 2014).

Tabela 17 - Avaliação do grupo: domínio socioemocional da Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade

	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Interações		
Cumprimenta os outros	4	4
Mantém uma distância adequada em relação ao outro	4	4
Mantém o contacto visual	4	4
Pede desculpa	4	4
Agradece	4	4
Pede por favor	4	4
Interrompe o outro	2 e 3	3
Ajuda o outro	3	3

Interações	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Pede ajuda ao outro	3	3
É afetuoso com o outro	3	3
É recetível aos afetos do outro	3	3
Participação nas Sessões		
Participa a pedido	3	4
Participa de forma voluntária	3	4
Cumpre	4	4
Coopera	4	4
Dá opinião	3 e 4	4
É impulsivo	2	2
Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade; E – perfil eutónico; *		

Paralelamente, também o *'Interrompe o Outro'* e o *'Dá Opinião'* que, mais uma vez, poderão ir ao encontro dos resultados individuais de cada pessoa, relacionados com o facto de se estar a criar uma identidade de um grupo, e uma maior interação entre as pessoas idosas também referido por Nuñez e González, (2012) e Vásquez e Mila (2014).

A par dos resultados gerais do grupo, importa salientar os detalhes dos progressos de cada pessoa. Assim, de seguida, apresenta-se um pequeno resumo da participação e evolução dos casos que participaram neste grupo. As pessoas idosas que participaram muito esporadicamente, não vão ser analisadas neste relatório. Os dados apresentados tiveram por base a análise diária de cada sessão (esta observação era feita no final de cada dia) em detalhe no anexo E, que era feita registando-se a necessidade de ajuda da pessoa, a interação com psicomotricista estagiária e com os outros residentes, a existência de desvios de atenção ou de alterações comportamentais, anotando-se as tarefas onde, cada residente, tinha tido mais facilidade ou dificuldade.

A **Melissa** demonstrava, ao longo das sessões, uma boa capacidade reflexiva em relação às atividades que fazia e à pertinência das mesmas para a sua melhoria, reconhecendo os sucessos que obtinha nas tarefas e, por outro lado, as dificuldades que tinha na execução de vários movimentos, sobretudo por ter metade do corpo com a mobilidade muito condicionada, e por reconhecer algumas dificuldades de memória. Estava envolvida em várias atividades propostas pela casa, recusando apenas nos dias em que se sentia muito sonolenta. De uma forma geral, com a intervenção psicomotora, houve manutenção das competências trabalhadas. Neste caso, e conforme indica

Weinberg et al., (2015) a percepção dos benefícios envolvidos em cada atividade, fazia com que percebesse a pertinência das mesmas e, conseqüentemente, se empenhasse mais nestas.

O **Pedro**, ao início, apresentava algumas dificuldades em integrar uma atividade em grupo, até porque o seu envolvimento nas tarefas da casa sempre foi baixo e realizando tudo de forma muito individual. Ainda assim, com o passar do tempo, tornou-se mais cooperante e começou a demonstrar interesse em interagir com o grupo, ajudando também no final da sessão em levar as cadeiras de rodas até à sala de refeições. As sessões de GPM eram a tarefa em que participava com maior regularidade. Ao longo do processo de intervenção, verificou-se uma grande evolução do Pedro no âmbito socioemocional, deixando de ter uma postura em sessão muito autocentrada, passando a interagir com os outros e preocupando-se em ajudar em toda a logística da sessão, tendo a preocupação de não sair do ginásio enquanto ainda lá estavam pessoas em cadeiras de rodas. Um dos objetivos consequentes pela intervenção psicomotora em grupo passa, precisamente, pela criação de uma relação positiva entre os participantes (Nuñez e González, 2012), promovendo-se o sentimento de pertença (Vásquez e Mila, 2014), contrariando-se a tendência natural do envelhecimento onde as pessoas apresentam uma menor predisposição para estar em grupo (Olalla, 2009).

O **Fábio** frequentava não só todas as sessões de GPM como todas as atividades que lhe eram propostas, uma vez que compreendia que estas eram fundamentais para diminuir os declínios implícitos na sua condição clínica. É de referir que o residente compreendia a pertinência das sessões, valorizando e refletindo muito sobre a mesma, uma vez que trabalhou mais de 20 anos num consultório que tinha o serviço de Psicomotricidade, atendendo, sobretudo, crianças com Dificuldades de Aprendizagem Específicas e Trissomia 21. Também no caso do Fábio verificou-se uma manutenção das competências trabalhadas. A compreensão do trabalho realizado é fundamental não só para a participação na intervenção (Khoo et al., 2014), sendo neste caso especialmente importante por o Fábio entender que, devido às capacidades de plasticidade do cérebro (Craik e Rose, 2012; Horning e Davis, 2012) esta estimulação seria essencial para retardar o declínio cognitivo (Nishiguchi et al., 2015).

A **Cláudia** participava em todas as atividades propostas, manifestando apenas algumas dificuldades nas tarefas de cognição, apesar de tentar camuflar as mesmas. Procurava, com frequência, cativar os residentes com quem tinha uma ligação mais próxima a integrar as tarefas onde estava incluída. Ao longo do processo de intervenção foi importante a manutenção das suas competências cognitivas, nomeadamente a

memória, por estarem assinaladas algumas confusões a este nível. Conforme apontam Horning e Davis (2012), através da participação em tarefas, verificaram-se melhorias sobretudo nas competências da memória diretamente estimuladas. Ainda assim, não houve declínios evidentes, verificando-se a manutenção expectável das competências cognitivas referidas por Morais (2007), Nishiguchi et al. (2015) e Nuñez e González (2012).

O **Gonçalo** participava sempre nas sessões, referindo gostar de atividades que envolvessem movimento. Tendo perceção de que era uma das pessoas com melhores capacidades ao nível da cognição, procurou sempre ajudar os outros elementos do grupo, sendo dos mais participativos na sugestão de complexificações das tarefas. Participava nas atividades da casa que se realizavam no período da manhã, uma vez que, durante a tarde, gostava de descansar no quarto. Ainda assim, sempre que existia alguma atividade que era, pontualmente, marcada para a tarde, aceitava participar com facilidade, especialmente em saídas ao café ou ensaios musicais para as atuações nas *Festas da Família*. Ao longo de toda a intervenção, verificou-se uma manutenção das capacidades, destacando-se a forma como se foi tornando um elemento mais cooperante e ativo nas sugestões das atividades da sessão. É precisamente este envolvimento que parece ter estado na manutenção e promoção das competências socioemocionais, nomeadamente na promoção dos sentimentos de autoeficácia (Weinberg et al., 2015) e diminuição da postura depressiva (Apóstolo et al., 2015) que o Gonçalo demonstrava face ao seu desconforto em estar institucionalizado, depois do falecimento da mulher.

O **Ricardo**, por ter uma perda de visão total, ao início, mostrava-se apreensivo em relação às sessões por referir que não conseguia fazer por não ver. Com o passar do tempo e apercebendo-se de que em todas as tarefas existiam as adaptações necessárias para que pudesse realizar as atividades, começou a integrar com facilidade as sessões de GPM. Foi precisamente este tópico o mais pertinente nos resultados da intervenção psicomotora, verificando-se, também, um maior empenho nas atividades, sobretudo nas de coordenação e motricidade global. Conforme indica Olalla (2009), o reconhecimento das próprias capacidades e dificuldades é um dos objetos da intervenção psicomotora, aspeto que poderá também estar relacionado com um maior investimento na ação motora. Esta questão é salientada por Pereira (2004), ao referir a importância da dúvida existente na pessoa idosa entre aquilo que este quer que o corpo faça e o que efetivamente o corpo faz que é, frequentemente, e tal como acontecia no Ricardo, vista de forma negativa (Bailey et al., 2016), levando a situações de desinvestimento (Nuñez e González, 2012) e evitamento (Nuñez e González, 2012;

Olalla, 2009), situações progressivamente contrariadas com o envolvimento nas sessões de GPM.

A **Inês** mostrava, com regularidade, a necessidade de estar ocupada e pedia tarefas para fazer. Frequentemente, nas sessões, e pelas dificuldades que apresentava nas tarefas de cognição, tentava não responder a perguntas feitas nesse sentido. Aqui, tornava-se fundamental dar mais tempo de resposta, sendo que quando ela percebia que era capaz de fazer, envolvia-se mais na atividade, recusando menos vezes as tarefas. Como já foi referido noutros casos, é a visão negativa (Bailey et al., 2016) que geralmente as pessoas idosas têm em relação às suas capacidades, que os leva a evitar envolver-se nas atividades (Nuñez e González, 2012), aspeto que se contraria no contexto de sessão, muito beneficiado por se criarem situações de aprendizagem com poucas situações de erro (Matilla-Mora et al., 2016) ou erros pouco evidentes, havendo neste caso um especial cuidado nas correções feitas, sendo em cada uma destas dado um feedback positivo (Matilla-Mora et al., 2016). A partir de março de 2017 começou a evidenciar-se um declínio geral na Inês, verificando-se uma maior desorientação espacial e temporal, mais dificuldades na retenção de informações, na evocação e na execução de movimentos, possivelmente por uma maior dificuldade ao nível do planeamento motor. Estas dificuldades, sobretudo em casos demenciais, são frequentes, verificando-se várias limitações como uma maior dificuldade em reter informações (Hilion, 2015), necessitando que a instrução da tarefa fosse repetida e explicada de forma simples, a par de uma acentuação nas dificuldades ao nível da capacidade de resolução de problemas, a necessidade de maior tempo para tomar uma decisão bem como para compreender uma solicitação. Todas estas alterações negativas são focadas por Kennedy e Raz (2009) e Horning e Davis (2012).

A **Mariana** participava sempre nas sessões de GPM, ainda que no início tivesse pouco entusiasmo em ir até ao ginásio. Verificaram-se, ao longo de todo o processo de intervenção, algumas dificuldades sobretudo na memória, na atenção dividida e velocidade de ação reação, que não manifestaram um impacto muito grande no seu contexto de vida diária, sobretudo pelo facto da residente ser muito empática com todas as pessoas da casa, participando na grande maioria das atividades que lhe eram propostas. No decorrer da intervenção destacou-se a forma como começou a aderir mais facilmente às sessões, tornando-se as sessões de GPM uma das suas rotinas, havendo também manutenção das funções cognitivas, que estavam em declínio, de acordo com avaliações anteriores. Relativamente aos objetivos cognitivos trabalhados, foram utilizadas algumas das tarefas que a literatura aponta como benéficas, nomeadamente a memorização de palavras e a associação de movimentos a estímulos

auditivos, importantes para estimular a capacidade de raciocínio (Cantarella et al., 2017).

O **Alexandre**, inicialmente, apresentava-se muito queixoso e, no momento para o convidar para as sessões, era necessário explicar-lhe o que ia ser feito, porque ia ser importante e quais as tarefas onde iria ter mais e menos facilidade. Com o passar do tempo, este diálogo inicial deixou de ser necessário, tornando-se a sessão uma das suas rotinas. Tal facto poderá estar relacionado com a perceção dos benefícios envolvidos na terapia (Khoo et al., 2014) aspeto que era capaz de enumerar no final da sessão, aquando do momento de reflexão. Em grupo, um dos aspetos mais pertinentes para o Alexandre foi a interação com os outros, regulando a intensidade com que expressava as suas opiniões, questão que Juhel (2010) aborda, especificando a importância de cada pessoa idosa encontrar o seu espaço, do pessoal ao partilhado com o outro, em sessão. A participação em outras atividades, à exceção da GPM e das Saídas Terapêuticas, não era regular.

A **Joana**, pela sua condição clínica, apresentava, com regularidade, períodos onde estava mais fraca, permanecendo em repouso, aceitando ir à sessão quando se sentia mais estável. A referida instabilidade clínica é um dos motivos que, também na literatura, é referido como dos maiores motivos para a baixa participação nas atividades institucionais Palese et al., (2016). No ginásio, foi das residentes mais atentas à prestação do grupo e a que mais estimulou a dinâmica do mesmo. Em grupo verificaram-se melhorias na interação com este e nos processos de atenção e compreensão, sendo que também poderão estar relacionados com a estabilização pós período de institucionalização e com o sentimento de pertença a um grupo, referido por Vásquez e Mila (2014).

O **Luís** valorizava as sessões, sobretudo, por ver nelas um momento de convívio, sendo capaz de reconhecer as competências envolvidas em cada tarefa e os benefícios que estas lhe trariam. Em grupo, nem sempre foi compreensivo com as dificuldades que alguns dos participantes manifestavam, sendo continuamente sensibilizado para este facto. Valorizava todas as tarefas que lhe permitam ter o tempo ocupado, verificando-se uma manutenção das suas capacidades, reconhecendo os aspetos apontados em vários estudos como um momento divertido, relaxante, ativo, que ajuda a esquecer aspetos negativos das suas vidas (Khoo et al., 2014) diminuindo os sentimentos que estes poderiam causar (Apóstolo et al., 2015) e, consequentemente, trazendo sentimentos de autoeficácia (Gallagher et al., 2016; Weinberg et al., 2015).

A **Filipa**, num momento inicial na instituição, esteve acamada, para recuperação de várias feridas. A maior fragilidade ao nível da condição clínica, nomeadamente as feridas de pressão, levam a uma menor participação nas atividades institucionais (Palese et al., 2016). A partir do momento em que começou a frequentar os espaços comuns da casa, cerca de dois meses e meio depois da institucionalização, demonstrou uma otimização na capacidade de orientação espacial e temporal, melhorando competências como a memória e a atenção, mostrando-se disponível para participar em todas as tarefas propostas, facto que também vai ao encontro do referido na literatura, reforçando a importância das atividades em meio institucional (Boström et al., 2016; Capotosto et al., 2017; Freitas et al., 2017; Gallagher et al., 2016; Weinberg et al., 2015). Em contexto de sessão, mostrou-se sempre empenhada e com grande facilidade na comunicação com o grupo, tendo bastante interesse em comunicar com os outros residentes, aspeto que contraria um isolamento característica desta fase (Olalla, 2009) mas que vai ao encontro do sentimento de pertença a um grupo, referido por Vásquez e Mila (2014).

A **Rita** encontrava-se na casa para recuperação de uma operação à perna, valorizando a sessão por ser um momento onde estava ocupada. Em grupo, uma das principais dificuldades passou por, sobretudo inicialmente, estar sempre a falar, mesmo quando não obtinha resposta dos outros residentes, capacidade que foi aprendendo a regular à medida que estava nas sessões. Paralelamente, sempre foi uma residente receptiva à participação de todas as atividades que lhe eram propostas. O facto de estar num internamento de curta duração, ao contrário da maioria dos casos da instituição, foi, conforme indica Cabré e Serra-Prat (2004), tido em conta, sendo que ao nível da intervenção da Psicomotricidade, foi pertinente integrá-la no grupo com maior nível de funcionalidade, não só para a manutenção das suas capacidades (Khoo et al., 2014), como para fomentar todas as competências de relação com o outro (Nuñez e González, 2012; Olalla, 2009).

A **Andreia** já tinha estado noutra instituição similar, estando familiarizada com as terapias e atividades propostas. Durante todas as sessões que frequentou, valorizava todas as tarefas, percebendo a pertinência das mesmas e sendo a mais entusiasmada em sugerir variantes para as tarefas, aspetos motivacionais apontados por Khoo et al. (2014), gostando bastante de atividades lúdicas, contrariando a ideia de Nuñez e González (2012) que indicam que as pessoas idosas tendem a preferir atividades propostas pelos técnicos, do que as escolhidas espontaneamente. Foi também das mais preocupadas em envolver os outros residentes, não só na GPM, mas em todas as atividades em que participava, contrariando também um aspeto comum de isolamento

no envelhecimento, avançado por Olalla (2009). Não tendo frequentado as sessões durante um grande período de tempo, não se verificaram alterações entre os momentos de avaliação inicial e final, ainda que nesta fase da vida a manutenção em detrimento do declínio seja, por si só, considerado um resultado positivo quotidiano (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012).

4.6 Conclusões do Caso de Grupo

Os números apresentados indicam, na grande maioria dos parâmetros, uma manutenção das capacidades trabalhadas, o que Morales, (2007); Nuñez e González, (2012) indicam como expectável.

Paralelamente, é de realçar uma maior criatividade e espontaneidade, não só a sugerir atividades, algo pouco frequente nesta faixa etária (Nuñez e González, 2012), como na exploração dos materiais terapêuticos. Esta progressiva exploração de materiais poderá estar relacionada com o facto das pessoas idosas, frequentemente, verem nos objetos menos possibilidade de ação do que aquelas de que efetivamente existem (Jiménez et al., 2015).

Concluindo, os aspetos acima fortemente referidos, como o sentimento de pertença a um grupo, a familiarização com a rotina da sessão e a maior exploração dos materiais e criatividade na sugestão das sessões, destacam o mais positivo desta intervenção em grupo. A par disso, esta intervenção foi facilitada pelo facto de os residentes estarem habituados a participarem em atividades, o que fez com que aceitassem, facilmente, a integração de mais um espaço de ocupação nas suas rotinas.

Outro dos pontos a salientar desta intervenção em grupo foi, precisamente, a gestão do mesmo que, nas primeiras sessões, sobretudo nos momentos iniciais de sessão, era difícil, pela grande agitação do grupo, mas que foi atenuada pelo facto de, quase sempre, se realizar uma coreografia que se tornou um momento marcante de início de sessão.

Por vezes, e especialmente, nos momentos menos estruturados, no início da sessão, surgiram conflitos entre os participantes, essencialmente quando falavam sobre temas da atualidade, tentando-se dar espaço para que, ainda dentro desse momento da sessão, cada um expressasse a sua opinião. Aqui, foi também evidente que, nem sempre, as pessoas idosas compreendiam as limitações dos pares, sobretudo em dinâmicas de competição. Assim, quando era necessário, parava-se a tarefa, ou para explicar as ajudas que poderiam ser dadas, ou o porquê das dificuldades que estavam a existir, sem referir um caso em específico.

Terminadas as sessões de GPM, e a par de ficar o registo de todas na instituição, foi também realizada um pequeno resumo do trabalho feito com cada residente, dos resultados obtidos e de algumas recomendações para um trabalho futuro. Estes dados, e uma vez que foram guardados na plataforma *Ankira*, ficaram, automaticamente, disponíveis para toda a equipa técnica da instituição.

5 Outros Casos Acompanhados

Neste capítulo, serão descritos dois tipos de intervenção realizada: a primeira, com pessoas com síndromes demenciais em estado avançado, apenas acompanhados na Psicomotricidade enquanto que, numa segunda parte, será apresentada a resposta terapêutica a pessoas que, dado o avançar da sua condição clínica, já estavam acamadas, realizando-se uma coterapia com a Fisioterapia. Em ambas as situações, são descritos os casos ao mesmo tempo que é feito o paralelismo com os dados da literatura.

5.1 Pessoas com Demências em Estado Avançado

Os casos seguidamente referidos tinham, em comum, o facto de terem síndromes demenciais em estados bastante avançados e de terem sessões de pequena duração, dadas as dificuldades em permanecer grande tempo em atividades (Rodríguez, 2003; Stopford et al., 2012). Aqui, existiu a dificuldade de realizar uma avaliação recorrendo a um protocolo, por isso, optou-se por se realizar observação do comportamento, como a reação aos estímulos, as tentativas de comunicação e o nível de vigília (Pace et al., 2011a). No final de cada intervenção, era realizado um pequeno registo (Morais, 2007) de forma a monitorizar a intervenção.

A **Ariana**, de 82 anos, apresentava no seu diagnóstico uma síndrome demencial, na sequência da qual tinha episódios de alucinações visuais. Devido a este quadro, a residente encontrava-se, maioritariamente, no quarto, ainda que em alguns momentos fosse levada para a sala de estar, onde nos períodos mais calmos estava com os outros residentes. A intervenção psicomotora centrava-se, por um lado, na redução da agitação causada pelas alucinações, uma vez que achava, frequentemente que tinha que sair do lar por ter coisas para fazer, o que perturbava o seu bem-estar (Pontone et al., 2017). Neste aspeto, recorria-se à utilização da música, estratégia sugerida na literatura (Ho et al., 2011; Gallego e García, 2016; Madera, 2005; Pace et al., 2011b), que a permitia focar-se noutro estímulo. Paralelamente, realizava-se uma pequena massagem de mãos com um creme aromático, que também a tranquilizava (Yang, et al., 2016; Kaymaz e Ozdemir, 2016; Munk e Zanjani, 2011; Pace et al., 2011b). Nos dias em que estava

mais calma, eram realizadas atividades com enfoque na estimulação da praxia fina, da memória e da leitura, capacidade que ainda a preservava e que a ocupava.

A **Sara**, de 83 anos, tinha também uma síndrome demencial num estado bastante avançado, sendo totalmente dependente em todas as suas AVD, já tendo perdido a marcha e as capacidades de comunicação verbal. Este era um caso onde se verificava uma forte apatia e frequentes estados de ansiedade e angústia. O trabalho com a Sara passava, essencialmente, pela promoção do bem-estar, recorrendo a estímulos que lhe eram confortáveis, como os cheiros aliados à massagem, técnica referida por Yang, et al. (2016), Kaymaz e Ozdemir (2016), Munk e Zanjani (2011) e Pace et al. (2011b), de forma a maximizar o conforto e potenciar a comunicação não verbal, alcançado em pequenos momentos da intervenção.

A **Leonor**, de 85 anos, tinha um diagnóstico de Doença de Alzheimer, bastante avançada, com graves comprometimentos a nível cognitivo, perda da marcha e total dependência nas AVD, acentuadas pelo facto de já ter perdido grande parte da visão. Em sessões de GPM, trabalhava-se, essencialmente a noção do corpo, nomeadamente, a perceção dos limites corporais, uma vez que tal tarefa comprometia a sua autonomia à hora de refeição, especificamente no movimento de levar a colher à boca, sendo que esta dificuldade de organizar os movimentos quando o esquema corporal está afetado é referido por Juhel (2010). Também no sentido da promoção desta autonomia, foram realizadas várias tarefas de preensão fina (manipulação de pequenos objetos, encaixes e modelagem de plasticina), às quais Juhel (2010) e Nuñez e González (2012) também dão enfoque, aliadas à questão da estimulação sensorial. Por fim, é ainda de referir e, uma vez que a Leonor estudou Línguas e Literatura utilizavam-se, com frequência, declamações de poesia e música para se estimular a memória a curto prazo e a fluência e a coerência do discurso.

A **Rute**, de 92 anos, tinha uma síndrome demencial e, apesar de ter um grande défice ao nível das competências cognitivas, mantinha as capacidades de marcha e autonomia às refeições. A par disto, verificavam-se algumas alterações comportamentais e dificuldade no controlo da impulsividade. Assim, a intervenção, por um lado, passou por estimular as capacidades cognitivas, partindo da leitura, componente bastante preservada, mesmo com o avançar da demência, aspeto também salientado por Zhuang et al. (2016) e tarefa da qual a residente gostava. Por outro lado, trabalhou-se o controlo da impulsividade, utilizando-se, frequentemente, textos com palavras sublinhadas que não poderia ler e pinturas em livros de água sendo que, esta última tarefa, ajudava a Rute a realizar movimentos menos bruscos, o que poderá estar

relacionado com o facto de uma maior consciencialização do movimento, permitindo um relaxamento a este nível (Madera, 2005).

A **Carina**, de 93 anos, também com síndrome demencial e indicação de alterações de humor, tinha um défice ao nível das funções cognitivas e perda da marcha, devido a uma queda, a par das dificuldades de relação com os outros residentes. Na GPM, procurou-se estimular as competências cognitivas, promovendo-se, sobretudo, a atenção, uma vez que o tempo de permanência nas atividades era bastante reduzido. Outra das preocupações passou por se realizarem atividades que envolvessem, na maioria das vezes, a participação de um outro residente, recorrendo-se, com frequência, a tarefas com balões, bolas ou objetos de grandes dimensões, onde a Carina tivesse que colaborar com o outro para o sucesso da atividade, aspeto que foi, progressivamente, aceitando melhor. A partilha da tarefa com o outro é sugerida por Rodríguez (2003) quando se trata deste nível de progressão da demência, a par da utilização dos materiais, que também é um facilitador, na medida em que cria a ideia de partilha entre o par (Madera, 2005), potenciando ainda mais a interação deste (Nuñez e González, 2012). Dada a sua impaciência, outra estratégia que se revelou importante passou por concretizar tarefas onde visse um resultado imediato e que não implicasse tempo de espera, o que poderá estar relacionado com as dificuldades de atenção, na medida em que, sempre que a pessoa idosa tem um período de espera, é depois difícil voltar à mesma (APA, 2013).

De uma forma geral, e conforme o expectável para as residentes referidas, verificou-se a manutenção das competências com algumas pequenas melhorias (Morais, 2007) conforme está especificado em cada caso.

O acompanhamento destes casos revelou-se particularmente interessante na medida em que, por serem sessões que, apesar de terem objetivos traçados previamente, a estrutura das mesmas era adaptada no momento, de acordo sobretudo com o estado emocional das pessoas e, por vezes, do seu nível de vigília, obrigando a uma maior capacidade de adaptação. Por outro lado, e uma vez que não existiu um protocolo inicial e final da avaliação, outro dos pontos em destaque foi a forma como a observação se tornou fundamental para se gerir a intervenção com cada caso.

5.2 Pessoas Acamadas

Ao nível do trabalho com as pessoas que estavam acamadas, a intervenção iniciou-se com um processo de observação, uma vez que, nestes casos, não era possível aplicar um protocolo de avaliação formal, registando-se aspetos como a agitação, as tentativas

de comunicação verbal, os movimentos realizados e o nível tónico (Pace et al., 2011a), tópicos observados em todas as sessões (Morais, 2007).

Este aspeto foi transversal à GPM e à Fisioterapia, sendo que os casos eram acompanhados pelas duas técnicas, em momentos diferentes da semana. A utilização desta coterapia surgiu pela necessidade de uma das principais limitações ao trabalho da fisioterapeuta (focada na mobilização ativa e passiva e alongamento muscular) ser a rejeição ou o desconforto em relação ao toque, que limitava a colaboração das pessoas idosas. Os residentes, contabilizando as sessões de GPM e Fisioterapia, tinham cerca de três intervenções por semana, não mais do que meia hora.

Estas pessoas estavam, na maior parte do dia, deitadas, fazendo o levantar por pequenos períodos. A grande maioria tinha graves limitações ao nível da comunicação verbal e não verbal, ainda que mais acentuada na primeira, em consequência dos declínios cognitivos apresentados, justificados pela condição clínica de síndromes demenciais em estado bastante avançado. Estas pessoas eram muito dependentes em todas as AVD e a maior parte das pessoas era alimentada através de sonda.

Por este grupo passaram, em momentos diferentes, oito residentes (cinco do género feminino e três do género masculino), com idades compreendidas entre os 81 e os 94 anos, sendo a média das idades de 90 anos (± 2.75). A apresentação resumida dos casos deve-se, exclusivamente, a questões de organização do relatório.

Nestes casos, havia algumas áreas em declínio, como a redução da sensibilidade (Vieira et al., 2016) e a dificuldade em distinguir estímulos (Amaied et al., 2015; Aubert e Albaret, 2001). Assim, como objetivos da GPM, a par do conforto associado ao toque, promoveu-se o reconhecimento dos estímulos sensoriais e dos limites corporais e a expressão das sensações obtidas (Le Roux, 2001).

Como estratégias de intervenção recorreu-se, com frequência, ao toque (Gaucher-Hamoudi e Guiose, 2007) com objetos mediadores como bolas e, paralelamente, e de forma a estimular os sentidos (Morais, 2007), utilizaram-se objetos com diferentes temperaturas.

Durante as intervenções realizadas, as sessões eram discutidas durante essa semana com a fisioterapeuta, não só para se garantir que havia uma gestão organizada o mais possível do tempo de intervenção de cada pessoa, mas para refletir sobre os casos, nomeadamente referentes às principais limitações no trabalho desenvolvido nas duas terapias como o gerir o baixo nível de vigília e a pouca tolerância ao cansaço por parte dos residentes, aspeto que foi tido em conta na preparação das sessões (Rodríguez, 2003).

Concluindo, uma das questões a salientar deste trabalho, foi a importância do trabalho em equipa, neste caso com a fisioterapeuta, que permitiu dar uma resposta mais completa aos casos, dando-lhes maior conforto, em situações de grande fragilidade clínica.

6 Outras Atividades Desenvolvidas

A par dos casos apresentados, durante o ano de estágio, foram realizadas atividades complementares ao mesmo, seguidamente descritas. Algumas delas foram proporcionadas pela instituição, outras estiveram relacionadas com formações e experiências complementares.

6.1 Saídas Terapêuticas

Conforme indicado no horário, tabela 2, todas as semanas, à exceção daquelas em que as condições meteorológicas não o permitiam, eram realizadas saídas terapêuticas com os residentes, que tinham como principal objetivo o treino do equilíbrio (Pereira, 2004; Segev-Jacubovski et al., 2011), a socialização com os outros residentes (Olalla, 2009), mais espontânea comparativamente a quando estavam na instituição, a orientação para a realidade (Juhel, 2010; Madera, 2005; Nuñez e González, 2012) e, consequentemente, gerar um sentimento de autoeficácia e de papel ativo na comunidade.

Estas saídas eram preparadas pela animadora sociocultural, sendo na maioria das vezes aos cafés perto da CABH, realizando-se a partir de abril saídas para sítios escolhidos pelos residentes, em Lisboa. Nestas visitas ao exterior, procurava-se levar o maior número de residentes possível, tendo também em atenção com quem é que as pessoas idosas se preferiam fazer acompanhar, havendo várias limitações logísticas, dado o facto das saídas serem feitas por duas técnicas e, assim, só poderiam sair, de cada vez, duas pessoas com total necessidade de apoio na marcha.

A participação nestas atividades foi fundamental para conhecer os residentes noutros contextos, por um lado, um meio para melhorar a relação terapêutica e, por outro, conhecendo melhor o seu comportamento em ambiente não estruturado de sessão.

6.2 Sessão sobre Gerontopsicomotricidade

Inserido num ciclo de formações preparada pela diretora de operações e recursos humanos, no dia 22 de fevereiro de 2017, realizou-se um workshop sobre GPM, com o intuito de esclarecer as ajudantes de ação direta sobre o tipo de intervenção realizada,

bem como de dar estratégias às mesmas para, em tarefas simples da rotina dos residentes, se expandir o trabalho realizado em contexto de sessão.

Nesta formação, com a duração de três horas, realizou-se uma pequena apresentação do conceito de GPM, sendo maioritariamente centrada na realização de atividades, com posterior reflexão sobre as mesmas, mostrando-se, continuamente, o trabalho realizado com os residentes da casa. Os detalhes da formação estão especificados no anexo G.

Esta formação revelou-se bastante pertinente na medida em que permitiu às participantes compreender a importância da intervenção psicomotora no trabalho da equipa e uma consequente reflexão conjunta sobre situações recorrentes, sendo possível encontrar estratégias conjuntas, sobretudo ao nível da regulação das alterações comportamentais dos residentes.

6.3 Formações Internas

As formações seguidamente apresentadas foram criadas pela Direção da CABH, onde as primeiras procuraram dar resposta a necessidades levantadas pela equipa da instituição, enquanto que a Sessão de Ideação surgiu como ponto de partida para a criação de ideias inovadoras no âmbito do envelhecimento.

6.3.1 Ações de Formação realizadas na CABH

No já referido ciclo de formações há ainda a referir duas que decorreram no dia 17 de fevereiro de 2017, nomeadamente uma formação de três horas sobre *Ética nos Cuidados em Meio Institucional* dinamizada pela diretora de operações e recursos humanos. Esta formação foi útil na medida em que permitiu que membros da equipa com diferentes funções, compreendessem a importância de personalizar todos os cuidados dependendo sempre do residente a quem se dirigem, salientando-se a importância da individualidade de cada um.

De seguida, realizou-se uma formação de quatro horas, sobre *Suporte Básico de Vida* direcionado para as pessoas idosas, com enfoque nas situações que eram mais prováveis de acontecer na casa, da responsabilidade de um dos enfermeiros da instituição com formação nestas técnicas. Os conhecimentos aqui transmitidos foram de especial importância, uma vez que se encontraram estratégias para lidar com situações de saúde com grande probabilidade de acontecer (como engasgamentos, quedas ou paragens cardiorrespiratórias), para as quais é necessário dar uma resposta imediata.

6.3.2 Sessão de Ideação

Nos dias 20 e 21 de junho de 2017 realizou-se, no CoworkLisboa, no LXFactory, uma sessão de *Criatividade e Ideação*, com cerca de oito horas, cujo principal objetivo passou por explorar uma ideia de um dos membros da equipa, com intuito de se criar um ponto de partida para a realização de um projeto no âmbito de novos métodos de intervenção no envelhecimento. Esta sessão foi muito importante para que a equipa compreendesse qual era a resposta que, dentro das necessidades do envelhecimento, estava a dar, identificando algumas limitações e definido um ponto de partida para novos serviços que poderiam vir a ser criados.

6.4 Formações Externas

Ao nível das formações complementares realizadas, estas dividem-se, por um lado, em formações e respetiva organização, enquadradas no plano de formações complementares da Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana (AEFMH), onde se destacam as relacionadas com o envelhecimento, tendo sido abordadas, em diferentes workshops a importância da música como técnica expressiva, a intervenção em sala de Snoezelen, a influência do contexto institucional e a intervenção nas diferentes fases de progressão da demência. Entre estas e as restantes formações da AEFMH, no período correspondente à realização do relatório, contabilizaram-se cerca de 21 horas de formação, a par do tempo envolvido na organização e preparação das mesmas.

Por outro lado, relativamente a outro tipo de formações, há a destacar a participação no seminário *I Seminário Mentha – Mental Health & Aging*, importante para conhecer o panorama português na resposta às demências e a investigação realizada por várias universidades do país, a realização de uma formação sobre a Terapia Snoezelen, relevante na medida em que este contexto pode ser um grande facilitador, sobretudo, nas demências mais avançadas e, ainda, a participação no *Alzheimer's Global Summit*, que deu a conhecer a realidade ibérica ao nível das demências, as respostas inovadoras ao nível dos contextos, da acessibilidade dos mesmos, a reestruturação da atual condição da institucionalização e as questões éticas envolvidas na abordagem a pessoas com doenças neurodegenerativas.

6.5 Gerontopsicomotricidade na Comunidade - AEFMH

Simultânea à realização do estágio, decorreu a dinamização do projeto AEFMH65+, da responsabilidade da AEFMH, em parceria com a junta de freguesia local. Este consistia na concretização de sessões semanais de GPM, para as pessoas idosas que

frequentavam um programa comunitário de combate ao isolamento e promoção do envelhecimento ativo. Este programa encontra-se apresentado em detalhe no anexo C.

Apesar deste ser um contexto diferente do meio institucional, na qual se realizou o estágio, e de se verificarem algumas diferenças no planeamento das sessões, nomeadamente ao nível da complexidade das tarefas e de alguns objetivos trabalhados, houve elementos comuns, como a promoção da identidade de um grupo, de forma a aumentar as interações entre os participantes, contrariando a tendência de isolamento, característica do envelhecimento. Assim, esta foi uma experiência que complementou a realizada em meio institucional, mas que foi bastante importante para compreender as várias dimensões do envelhecimento.

Conclusão

A escolha deste estágio foi o resultado de uma vontade que vinha desde o início do mestrado, de continuar com a mesma população, num contexto igual ou similar e com a mesma orientação do estágio da licenciatura, de forma a aprofundar conhecimentos e a melhorar a prática junto da população envelhecida.

Sendo este um estágio autoproposto sabia, desde início, que não teria a presença de um orientador local psicomotricista. Ainda que ao início esta ausência se notasse, sobretudo, para dar segurança nas decisões tomadas, foi algo que não interferiu muito com o desenrolar do estágio, por um lado, por já ter contacto com esta população e com este contexto e, por outro, pelo grande apoio da minha orientadora académica. A ausência de psicomotricista no lar, em certos momentos, foi uma vantagem, fazendo com que as dúvidas não fossem tão impulsivas, fazendo-me pensar mais sobre elas e, conseqüentemente, obrigando-me a encontrar possíveis respostas para as minhas perguntas.

Este início de estágio foi também facilitado pela equipa já existente no lar que, mesmo sem conhecer o que era a Psicomotricidade, se mostrou disponível para a integrar nas suas rotinas. Também é de referir, aqui, a grande receptividade das pessoas idosas em experimentar novas tarefas. Ao início, a abordagem passava muito por lhes tentar mostrar o que ia acontecer em cada sessão, de forma a terem alguma segurança, explicando sempre a pertinência de cada uma das tarefas, de forma simples, mostrando que determinado jogo ia ajudar a estimular aspetos desde a memória, até ao ajudar o outro.

Desde o início, senti-me como membro da equipa, com autonomia para fazer o meu trabalho, com as mesmas responsabilidades do que a restante equipa técnica. Esta segurança em muito se deveu à boa relação estabelecida com as fisioterapeutas que, em momentos diferentes, integraram a equipa e, sobretudo, com a animadora sociocultural que, respeitando e percebendo as diferenças dos nossos trabalhos, deixou-me integrar outras atividades da casa, tão importantes para melhorar a relação com os residentes e para compreender a dinâmica do funcionamento do lar.

É precisamente neste trabalho de equipa que está um dos aspetos mais importantes que aprendi neste estágio. O psicomotricista, em meio institucional tem que, antes de tudo, conhecer bem a vida das pessoas idosas naquela que é a sua casa, algo facilitado quando se acompanha as rotinas dos residentes num dia completo. A partir daqui, tornou-se importante conhecer as outras terapias, perceber o que estava a ser trabalhado em cada uma delas e de que forma é que a Psicomotricidade poderia

contribuir de forma diferente. Foi importante perceber que, mais do que trabalhar todos os objetivos que são possíveis, para um psicomotricista, foi preciso compreender quais desses mesmo objetivos estavam em falta, quais eram mais necessários para cada uma das pessoas, encontrando, sempre em equipa, respostas para que o declínio do processo de envelhecimento, fosse combatido da forma mais completa possível. Também aqui é de salientar a importância de explicar o que era o trabalho do psicomotricista e de que forma havia intencionalidade em todas as tarefas lúdicas, de forma a clarificar-se que, o que caracteriza a GPM é, antes de tudo, os objetivos que o psicomotricista define, e aos quais é capaz de dar resposta e, só depois disso, as estratégias que utiliza para lá chegar.

Em todos os casos, tornou-se fundamental o processo de avaliação, pelos vários membros da equipa, não só através da aplicação dos respetivos instrumentos de avaliação das áreas correspondentes, como pela observação das suas interações no lar e, sempre que possível, com uma conversa inicial sobre os gostos de cada um. Estas informações eram trocadas entre a equipa e, só depois disso, eram definidos os objetivos.

Dentro das especificidades da sessão de GPM, há alguns aspetos pertinentes neste contexto. No que diz respeito às sessões individuais, estas tiveram como grande mais valia o facto de ser tudo pensado na pessoa com quem se intervém, desde o tipo de materiais, à sequência das tarefas utilizadas e à postura a ter perante determinada pessoa. As sessões individuais podem ser traduzidas como um período de tempo de estimulação continuada, onde é permitido estar atento a quase todas as formas de comunicação verbal e não verbal da pessoa e agir em função disso. Esta intensidade das sessões individuais perde-se, naturalmente, nas sessões de grupo que, por um lado, têm um benefício logístico de dar resposta a vários casos ao mesmo tempo e, por outro, trazem a maior vantagem de todas, o permitir criar, de forma mais controlada e pensada, interações que não existem fora do espaço da sessão e que, provavelmente, irão passar para lá. Talvez este comportamento diferente aconteça em sessão por vários motivos. Aqui, começa-se a criar uma rotina, um espaço seguro e positivo num contexto que, por ser controlado, permite reduzir estímulos que ajudam a que o foco seja só um e onde as dificuldades, que muitas vezes trazem desconforto, como as falhas de memória, o corpo que já não faz o que fazia antigamente, por estarem escondidas na atividade lúdica, causam menos constrangimentos. Também aqui o psicomotricista tem a capacidade de preparar tarefas que, antes da dificuldade, trazem o sucesso, para depois a pessoa idosa poder participar no que lhe é mais difícil, mas que já tem segurança para o fazer. Ainda assim, é de extrema importância referir que, o criar

situações de aprendizagem com o mínimo de erros possíveis, não significa que as tarefas sejam demasiado fáceis nem pouco exigentes para os residentes.

Estas sessões aconteceram, na sua grande maioria, em pessoas com um período de institucionalização, provavelmente, para sempre e, em alguns casos, ainda que poucos, com pessoas que apenas estiveram em internamento, para recuperar de situações físicas ou clínicas. Neste último caso, a integração na vida da instituição e nas sessões de GPM, a par de ter como intuito estimular determinadas competências em falta, foi também fundamental para que a pessoa idosa se continuasse a manter ativa, com um sentimento de competência e que não perdesse de forma drástica a sua rotina, uma vez que teria que se voltar a integrar nos seus antigos hábitos, quando saísse do lar. Por outro lado, nos casos de institucionalização definitiva, houve intervenção com pessoas em diferentes fases de progressão da demência, onde foi possível compreender que nenhum dos planos terapêuticos é estático, que os objetivos têm que ter em conta o ritmo natural da pessoa e, inevitavelmente, o impacto da demência como perturbação neurodegenerativa que é. Assim, é importante salientar a adaptação contínua do psicomotricista à pessoa, percebendo quais os objetivos mais importantes em determinado momento da vida.

E, saindo do espaço protegido da sessão, o trabalho do psicomotricista tem que continuar, de forma a que o meio institucional seja, por um lado, um espaço de estimulação continuada e, por outro, um espaço que lhe dê a maior autonomia, nas diferentes fases da progressão da sua vida. Ou seja, no que diz respeito a este ambiente de contínua estimulação, e tendo em conta que o contexto institucional traz, frequentemente, uma redução dos estímulos comparativamente aos que teria em comunidade, o psicomotricista pode começar por fazer conversas de orientação espacial e temporal, ter disponibilidade, se os residentes assim o quiserem, para se expressar, seja de forma verbal ou não verbal e ajudá-los e aproveitar esses momentos para tentar promover competências que já lhes estão em falta, dando sempre oportunidades de escolha, que podem ser tão simples como escolher a cor de uma bola. Por outro lado, também é possível dar-lhes mais autonomia, percebendo o espaço como elemento facilitador, eliminando ou reduzindo barreiras físicas, sensoriais ou de compreensão cognitiva e, mostrando a cada uma destas pessoas que, mudando pequenos aspetos, é possível continuar a fazer tantas tarefas, mesmo que de forma diferente, seja comer mais devagar, subir escadas com o apoio de um corrimão ou ler notícias com letras maiores.

Depois de encontradas estas estratégias, é essencial que sejam partilhadas com a equipa não especializada, que passa a maior parte do tempo com os residentes. Nesta

questão, é de salientar a importância dada à formação interna, de forma a criar, em conjunto, respostas mais corretas e adaptadas às especificidades de cada pessoa. A par das ajudantes de ação direta, no caso de algumas famílias, estas estratégias, eram muitas vezes partilhadas em conversas informais, uma vez que, foi uma situação recorrente, os familiares partilharem alguns receios e dúvidas sobre comportamentos, na maior parte das vezes resumidos em queixas de memória, dificuldades no andar ou alterações de comportamento, procurando-se dar uma explicação para o porquê desta situação e o que estava a ser feito no sentido de dar uma resposta a esta alteração.

Todo este lado mais prático da intervenção foi acompanhado pelo investimento teórico ao nível da revisão da literatura que, academicamente, é necessário para produzir o relatório de estágio, mas que, depois, acabou por ser muito mais do que isso. A revisão da literatura serviu, por um lado, para dar força à intervenção prática, confirmado ideias e, por outro, para conhecer novas estratégias e novas atividades. Apesar de haver pouca informação escrita sobre a Psicomotricidade, com este nome, sobretudo na população idosa, a verdade é que, cada vez mais, há informação sobre terapias no envelhecimento e a importância das mesmas em processo de institucionalização. Aqui, foi importante perceber que todas essas informações, depois de estar definido o que é a base do trabalho na GPM e quais são os objetivos para cada caso, podem ser sugestões de tarefas ou de estratégias utilizadas pelo psicomotricista.

Apesar de a este nível haver muita informação disponível, houve uma área não tanto explorada, nomeadamente a dos materiais utilizados pelos psicomotricistas, no caso específico da GPM. Foi nesse sentido, e também para haver uma experiência mais ligada à investigação, que tanta falta ainda faz na Psicomotricidade, que se realizou um pequeno estudo, aqui apresentado. As conclusões do estudo estão apresentadas no anexo B, mas, ainda dentro desta temática, é relevante destacar a importância que os materiais tiveram na intervenção, uma vez que assumiram um papel de aproximação a alguns casos, sobretudo nas demências mais profundas, onde havia já grandes dificuldades de comunicação verbal e os materiais tornaram-se uma forma de interação privilegiada. Por outro lado, também foram muitas vezes fontes de motivação para a participação e envolvimento nas tarefas e, em sessões de grupo, foram, frequentemente, uma estratégia para envolver um grupo grande em atividades com um grande enfoque na interação.

Por último, é de salientar a experiência muito positiva que foi este ano de trabalho. Resumindo, nas primeiras semanas de estágio, o mais difícil foi o facto de passar o dia completo na instituição e por esta altura coincidir com uma organização das rotinas, seleção dos casos e definição dos objetivos, o que não só fez com que

fosse uma altura de alguma desorganização, mas, também, de muitas dúvidas. Passada esta fase, toda a intervenção no estágio, aliada ao contacto com outras pessoas idosas noutro meio institucional e no programa comunitário da AEFMH, sempre acompanhada da segurança que a literatura vai dando à intervenção, tornou toda esta etapa muito rica ao nível da aprendizagem e do crescimento profissional e pessoal.

O trabalho em simultâneo nestes dois contextos, o institucional e o comunitário, foi importante para perceber como o psicomotricista, tendo os conhecimentos daquilo que é a GPM como resposta terapêutica, tem que os adaptar às pessoas e às necessidades que os seus contextos envolvem, havendo uma necessidade de observação prévia, para depois delinear os objetivos e criar atividades motivadoras que os permitam alcançar. As conclusões da intervenção em comunidade estão, em detalhe, no anexo C.

Sem dúvida que a GPM, pela forma holística como encara as pessoas, por integrar os aspetos psicomotores, cognitivos, socioemocionais e sensoriais, é uma das respostas mais completas que pode existir nesta fase da vida, sendo para isso, de extrema importância, que o psicomotricista, por um lado, conheça muito bem a sua terapia e, por outro, as especificidades do envelhecimento. Só assim, poderá olhar, para a pessoa e para o seu envelhecimento, por esta ordem, e contribuir, positivamente, para uma maior qualidade de vida.

Reflexões Finais

Ao lado de todas as informações clínicas, são estes os dados mais importantes sobre cada um dos casos, aqui apresentado:

A Ariana ficava mais feliz com música, com o 'Namorico da Rita', tal como a Leonor, quando ouvia os 'Teus Olhos Castanhos' ou a Sofia, que gostava do 'Lisboa Não Sejas Francesa' e, entre muitas cores, escolhia sempre os materiais cor-de-rosa. Já a Melissa preferia os balões, tal como a Carina. Enquanto a Rute e a Sara as bolhas de sabão, que se transformaram numa excelente forma de comunicação.

A Inês não gostava das tarefas de memória porque tinha dificuldades, aprendi com ela a verdadeira importância de começar pelas áreas fortes que, no caso dela, era trabalhar tudo o que são 'objetivos cognitivos', começando pelas memórias de infância passadas na quinta. Por sorte, juntou-se a Andreia às sessões que, por estar tão motivada com os jogos, acabava por a cativar também.

O Fábio conhecia a importância da Psicomotricidade como ninguém. Sabia, exatamente, o que estava escondido em cada atividade e, mostrou-me, que com o tempo, a Psicomotricidade é indissociável do Psicomotricista. Tal como o Pedro que, por consequência desta relação terapêutica, passou a ir para o ginásio ao primeiro convite para ir para a sessão.

E, por falar em presenças, a Cláudia não faltou a uma sessão, mas não havia nada que gostasse mais do que as saídas ao café. Café, esse, quase sempre partilhado com a Joana e a Mariana, onde oferecia os rebuçados escondidos no bolso e com a Filipa que foi recuperando e rejuvenescendo, como ninguém diz que acontece no envelhecimento. Quem também melhorou, recuperou e voltou à vida que tinha foi a Rita, sempre alegre e pronta a dar abraços em todas as manhãs que queria ver ocupadas.

Nestas manhãs, sobretudo nas de segunda, o Ricardo, o Luís e o Alexandre aproveitavam o início da sessão para comentar os resultados do futebol do fim de semana. Ao lado deles, sentava-se também o Gonçalo, a primeira pessoa que me foi apresentada no lar e que, num dia em que estávamos a fazer letras com bastões, me disse, 'vamos antes fazer uma bicicleta, vá buscar dois arcos, eu ensino-lhe'.

A eles e aos que não estão no texto por me terem mostrado estes detalhes, e à minha orientadora por me ter ensinado a pensar sobre eles, obrigada por me terem deixado crescer!

Bibliografia

- A Casa Azul – Residência para Idosos [CA]. (s.d.). *A Casa Azul*. Retirado em 23 de outubro de 2016 de <http://acasaazul.pt/a-casa-azul/>
- Agüera-Ortiz, L., Gil-Ruiz, N., Cruz-Orduña, I., Ramos-García, I., Osorio, R. S., Valentí-Soler, M., ... Martínez-Martín, P. (2015). A Novel Rating Scale for the Measurement of Apathy in Institutionalized Persons with Dementia: The APADEM-NH. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(2), 149-159. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.079
- Agypong-Badu, S., Warmer, M., Samuel, D. e Stokes, M. (2016). Measurement of ageing effects on muscle tone and mechanical properties of rectus femoris and biceps brachii in healthy males and females using a novel hand-held myometric device. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 62, 59-67. doi: 10.1016/j.archger.2015.09.011
- Akram, S. B., Frank, J. S. e Fraser, J. (2010). Coordination of segments reorientation during on-the-spot turns in healthy older adults in eyes-open and eyes-closed conditions. *Gait & Posture*, 32(4), 632-636. doi: 10.1016/j.gaitpost.2010.09.006
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais DSM-5* (5.^a ed., responsável pelas traduções Maria Luísa Figueira em 2014). Lisboa: Climepsi Editores.
- Albaret, J.-M. e Aubert, E. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In Albaret, J.-M. e Aubert, E. (Ed.). *Vieillesse et Psychomotricité* (pp. 15-44). Marseille: SOLAL.
- Albaret, J.-M., Aubert, E. e Sallagoity, I. (2001). Evaluation psychomotrice du sujet âgé. In Albaret, J.-M. e Aubert, E. (Ed.). *Vieillesse et Psychomotricité* (pp. 155-180). Marseille: SOLAL.
- Alvaréz, R. e Masjuan, J. (2016). Visual agnosia. *Revista Clínica Española*, 216(2), 85-91. doi: 10.1016/j.rce.2015.07.009
- Amaied, E., Vargiolu, R., Bergheau, J. M., e Zahouani, H. (2015). Aging effect on tactile perception: Experimental and modelling studies. *Wear*, 332-333(2015), 715-724. doi: 10.1016/j.wear.2015.02.030
- Ambolt, A., Gard, G., e Hammarlund, C. S. (2016). Therapeutically efficient components of basic body awareness therapy as perceived by experienced therapists: A qualitative study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(3), 503-508. doi: 10.1016/j.jbmt.2016.07.006
- Angel, L., Fay, S., Bouazzaoui, A. e Isingrini, M. (2010). Protective role of educational level on episodic memory aging: an event-related potential study. *Brain and Cognition*, 74(3), 312-323. doi: 10.1016/j.bandc.2010.08.012
- Apóstolo, J. L., Cardoso, D. F., Paúl, C., Rodrigues, M. A. e Macedo, M. S. (2016). Effect of cognitive stimulation in elderly community, *Enfermería Clínica* 26(2), 111-120. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.07.008
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Aranda, L., Gordillo-Villatoro, M., Enamorado, J., López-Zamora, M. (2017). Estudio del lenguaje en las diferentes fases de la enfermedad de Alzheimer a través del Test de Boston. *Lopedia, Foniatría y Audiología*, 37(3), 111-120. doi: 10.1016/j.rlfa.2017.02.002
- Bailey, K. A., Cline, L. E. e Gammage, K. L. (2016) Exploring the complexities of body image experiences in middle age and older adult women within an exercise context: The simultaneous existence of negative and positive body images. *Body Image*, 17, 88-99. doi: 10.1016/j.bodyim.2016.02.007
- Barreiros, J. (2006). Envelhecimento, degeneração, desvio e lentidão psicomotora. In J. Barreiros, M. Espanha e P. P. Correia (Eds.), *Actividade Física e Envelhecimento* (pp. 89- 104). Lisboa: Edições FMH.
- Belchior, P., Marsiske, M., Sisco, S. M., Yam, A., Bavelier, D., Ball, K. e Mann, W. C. (2013). Video game training to improve selective visual attention in older adults. *Computers in Human Behavior*, 29 (4), 1312-1324. doi: 10.1016/j.chb.2013.01.034
- Berhrman, S., Chouliaras, L. e Ebmeier, K. P. (2014). Considering the senses in the diagnosis and management of dementia. *Maturitas*, 77(4), 305-310. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.01.003
- Bertens, A. S., Moonen, J. E. F., Waal, M. W. M., Dongley, J. F., Ruijter, W., Gussehlloo, J., Mast, R. C. e Craen, A. J. M. (2017). Validity of the tree apathy items of the Geriatric Depression Scale (GDS-3A) in measuring apathy in older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(4), 421-428. doi: 10.1002/gps.4484
- Blasco, B. C. e Ribes, V. J. (2016). Neurophysiology and ageing. Definition and pathophysiological foundations of cognitive impairment. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, 51, 3-6. doi: 10.1016/S0211-139X(16)30136-6
- Borgemeester, R., Lees, A. E Laar, T. (2016). Parkinson's disease, visual hallucinations and apomorphine: a review of the available evidence. *Parkinsonis & Related Disorder*, 27, 35-40. doi: 10.1016/j.parkreldis.2016.04.023
- Borges, S. M., Radanovic, M., e Forlenza, O. V. (2015). Fear of falling and falls in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 22(3), 213-221. doi: 10.1080/13825585.2014.933770
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Boström, G., Conradsson, M., Hörnsten, C., Rosendahl, E., Lindelöf, N., Holmberg, H., ... Littbrand, H. (2016). Effects of a high-intensity functional exercise program on depressive symptoms among people with dementia in residential care: A randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(8), 868-878. doi: 10.1002/gps.4401
- Breen, P. P., Serrador, J. M., O'Tuathail, C., Quinlan, L. R., McInstosh, C. e Ólaighin, G. (2016). Peripheral tactile sensory perception of older adults improved using subsensory electrical noise stimulation. *Medical Engineering & Physics*, 38(8), 822-825. doi: 10.1016/j.medengphy.2016.05.015

- Brito, A. P. (2005). *Observação directa e sistemática do comportamento*. Lisboa: Edições FMH.
- Broome, K., Shamrock, J., Alcorn, K. (2015). Older peoples' perceived benefits of Feldenkrais method classes. *Physical e Occupational Therapy in Geriatrics*, 32(2), 118-127. doi: 10.3109/02703181.2015.1009227
- Bruce-Keller, A. J., Brouillette, R. M., Tudor-Locke, C., Foil, H. C., Gahan, W. P., Nye, D. M., Giollory, L. e Keller, J. N. (2012). Relationship between cognitive domains, physical performance, and gait in elderly and demented subjects. *Journal of Alzheimer's Disease*, 30(4), 899-908. doi: 10.3233/JAD-2012-120025
- Cabré, M. e Serra-Prat, M. (2004). Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 39(6), 367-370. doi: 10.1016/S0211-139X(04)74989-6
- Cantarella, A., Borella, E., Carretti, B., Kliegel, M. e Beni, R. (2017). Benefits in tasks related to everyday life competences after a working memory training in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(1), 86-93. doi: 10.1002/gps.4448
- Capotosto, E., Belacchi, C., Gardini, S., Faggian, S., Piras, F., Mantoan, V., ... Borella, E. (2017). Cognitive stimulation therapy in the Italian context: Its efficacy in cognitive and non-cognitive measures in older adults with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 331-340. doi: 10.1002/gps.4521
- Cappelletti, M., Butterworth, B. e Kopelman, M. (2001). Spared numerical abilities in a case of semantic dementia. *Neuropsychologia*, 39(1), 1224-1239. doi: 10.1016/S0028-3932(01)00035-5
- Cheng, D., Zhou, A., Yu, X., Chen, C., Jia, J. e Zhou, X. (2013). Quantifier processing can be dissociated from numerical processing: Evidence from semantic dementia patients. *Neuropsychologia*, 51(11), 2172-2183. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2013.07.003
- Chou, W. Y., Waszynski, C., Kessler, J., Chiang, Y. C. e Clarkson, P. J. (2016). Using positive images to manage resistance-to-care and combative behaviors in nursing home residents with dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 37(3), 215-220. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.013
- Collerton, D. e Perry, E. (2011). Dreaming and hallucinations - continuity or discontinuity? Perspectives from dementia with Lewy bodies. *Consciousness and Cognition*, 20(4), 1016-1020. doi: 10.1016/j.concog.2011.03.024
- Contreras-Vidal, J. L., Teulings, H. e Stelmach, G. (1998). Elderly subjects are impaired in spatial coordination in fine motor control. *Acta Psychologica*, 100(1-1), 25-35. doi: 10.1016/S0001-6918(98)00023-7
- Cooper, R. J., Todd, J., McGill K. e Michie, P. T. (2006). Auditory sensory memory and the aging brain: A mismatch negativity study. *Neurobiology of Aging*, 27(5), 752-762. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2005.03.012

- Corey, C., McMillan, C., Moore, P., Denis, K. e Grossman, M. (2003). Calculation impairment in neurodegenerative diseases. *Journal of the Neurological Sciences*, 208 (1-2), 31-38. doi: 10.1016/S0022-510X(02)00416-1
- Corti, E. J., Johnson, A. R., Riddle, H., Gasson, N., Kane, R. e Loftus, A. M. (2017). The relationship between executive function and fine motor control in young and older adults. *Human Movement Science*, 51, 41-50. doi: 10.1016/j.humov.2016.11.001
- Cotrena, C., Branco, L., Ponsoni, A., Shansis, F., Kochhann, R. e Fonseca, R. (2017). The predictive role of daily cognitive stimulation on executive functions in bipolar disorder. *Psychiatric Research*, 252, 265-261. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.011.
- Craik, F. I. M. e Rose, N. S. (2012). Memory encoding and aging: A neurocognitive perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(7), 1729-1739. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.11.007
- Crutch, S. J. e Warrington, E. K. (2002). Preserved calculation skills in a case of semantic dementia. *Cortex*, 38(3), 389-399. doi: 10.1016/S0010-9452(08)70667-1
- Demeyer, I., Sanchez, A. e Raedt, R. (2017). Older adults' attentional deployment: Differential gazer patterns for different negative mood states. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 49-56. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.11.012
- Devanand, D. P. (2016). Olfactory identification deficits in older adults, cognitive decline and dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1151-1157. doi: 10.1016/j.jagp.2016.08.010
- Díaz-López, M., Aguilar-Parra, J., López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Vargas-Muñoz, M. e Padilla-Góngora, D. (2017). Skills for successful ageing in the elderly: education, well-being and health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 986-991. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.140
- Díaz-Pelegrina, A., Cabrera-Martos, I. López-Torres, I., Rodríguez-Torres, J. e Valenza, M. C. (2016). Efectos del estado cognitivo sobre las alteraciones del equilibrio y la marcha en ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 51(2), 88-91. doi: 10.1016/j.regg.2015.07.014
- Degirmenci, H. e Keçeci, H. (2016). Visual hallucinations due to rivastigmine transdermal patch application in Alzheimer's disease: the first case report. *International Journal of Gerontology*, 10(4), 240-241. doi: 10.1016/j.ijge.2015.10.010
- Domenico, A. D., Palumbo, R., Fairfield, B. e Mammarella, N. (2016). Fighting apathy in alzheimer's dementia: A brief emotional-based intervention. *Psychiatry Research*, 242(30), 331-335. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.009
- Donnelly, K. M., Allendorfer, J. B. e Szaflarski, J. P. (2011). Right hemispheric participation in semantic decision improves performance. *Brain Research*, 1419, 105-116. doi: 10.1016/j.brainres.2011.08.065
- Erel, H. e Levy, D. A. (2016). Orienting of visual attention in aging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 69, 357-380. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.010

- Esposito, F., Rochat, L., Linden, A-C. J., Lekeu, F., Charnallet, A. e Linden, M. (2014). Apathy in aging: are lack of interest and lack of initiative dissociable? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(1), 43-50. doi: 10.1016/j.archger.2013.09.002
- Ethans, K., Casey, A., Hamm, R. e Miller, N. (2016). Botulinum toxin use improves quality of life and care in patients with spasticity from advanced dementia. *Toxicon*, 123(Supplement), S27. doi: 10.1016/j.toxicon.2016.11.077
- Fastame, M. C., Hitchcoott, P. K., Penna, M. P. e Murino, G. (2016). Does institutionalization influence perceived metamemory, psychological well-being, and working-memory efficiency in Italian elders? A preliminary study. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 7(1), 6-11. doi: 10.1016/j.jcgg.2015.07.001
- Fedecostante, M., Dell'Aquila, G., Eusebi, P., Volpato, S., Zuliani, G., Abete, P., Lattanzio, F. e Cherubini, A. (2016). Predictors of functional changes in Italian nursing home residents: The U.L.I.S.S.E. Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(4), 306-311. doi: 10.1016/j.jamda.2015.11.004
- Filar-Mierzwa, K., Dlugosz, M., Marchewka, A., Dabrowski, Z. e Poznanska, A. (2016). The effect of dance therapy on the balance of women over 60 years age: The influence of dance therapy for the elderly. *Journal of Women & Aging*, 29(4), 348-355. doi: 10.1080/08952841.2016.1194689
- Fisher, B. e Spetch, D. (1999). Successful aging and creativity in later life. *Journal of Aging Studies*, 13(4), 457-472. doi: 10.1016/S0890-4065(99)00021-3
- Folstein, M., Folstein, S. e Folstein J. (2011). Mini-Mental State Examination: A brief cognitive assesment. In M. T. Abou-Saleh, M., C. Katona e A. Kunar. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (3.^a ed, pp. 145-146). Sussex: John Wiley & Sons
- Folstein, M., Folstein, S. e McHuhn. P. (1975). *Mini-Mental State – A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. New York: Pergamon Press.
- Fonseca, V. (1985). *Dados para uma Observação Psicomotora – Contributo para uma Perspectiva Terapêutico*. In Gabinete de Educação Especial e Reabilitação. Temas de Psicomotricidade (pp. 45-66). Cruz Quebrada: Centro de Documentação e Informação – ISEF.
- Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Rétrogénese Psicomotora. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora.
- Freitas, C., Deschênes, S., Au, B., Smith, K. e Schmitz, N. (2016). Evaluating lifestyle and health-related characteristics of older adults with co-occurring depressive symptoms and cardiometabolic abnormalities. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(1), 66-75. doi: 10.1002/gps.4290
- Gallagher, N. A., Clarke, P. e Carr, E. (2016). Physical activity in older adults in a combined functional circuit and walking program. *Geriatric Nursing*, 37(5), 353-359. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.04.017

- Gallego, M. G. e García, J. G. (2016). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: Efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308. doi: 10.1016/j.nrl.2015.12.003
- Gama, R. L., Bruin, V. M., Távora, D. G., Suran, F. L., Bittencourt, L. e Tufik, S. (2014). Structural brain abnormalities in patients with Parkinson's disease with visual hallucinations: A comparative voxel-based analysis. *Brain and Cognition*, 87, 97-103. doi: 10.1016/j.bandc.2014.03.011
- Gaucher-Hamoudi, O. e Guiose, M. (2007). *Soins Palliatifs et Psychomotricité*. Paris: Éditions Heures de France.
- Geerligs, L., Saliasi, E., Maurits, N. M., Renken, R. J. e Lorist, M. M. (2014). Brain mechanisms underlying the effects of aging on different aspects of selective attention. *NeuroImage*, 91, 52-62. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.01.029
- Gillund, G. (2012). Episodic Memory. In V. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior* (pp. 89-96). San Diego: Academic Press.
- Gold, B., Brown, C., Hakun, J., Trojanowski, J. & Smith, C. (2017). Clinically Silent Alzheimer's and Vascular Pathologies Influence Brain Networks Supporting Executive Function in Healthy Older Adults. *Neurobiology of Aging*, 58, 102-111. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2017.06.012.
- Goldenberg, G. (2016). Apraxia. In M. Husain e J. M. Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 173-182). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0016
- Goossens, T., Vercammen, C., Wouters, J. e Wieringen, A. (2017). Masked speech perception across the adult lifespan: Impact of age and hearing impairment. *Hearing Research*, 344, 109-124. doi: 10.1016/j.heares.2016.11.004
- Grossi, D., Fragassi, N. A., Chiacchio, L., Valoroso, L., Tuccillo, R., Perrota, C., ... Trojano, L. (2002). Do visuospatial and constructional disturbances differentiate frontal variant of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease? An experimental study of a clinical belief. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(7), 641-648. doi: 10.1002/gps.654
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., e Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.
- Hammar, L. M., Swall, A., Marenus, M. S. (2016). Ethical aspects of caregivers' experience with persons with dementia at mealtimes. *Nursing Ethics*, 23(6), 624-625. doi: 10.1177/0969733015580812
- Harmand, M. G-C., Meillon, C., Rullier, L., Avila-Funes, J.-A., Bergua, V., Dartigues, J.-F. e Amieva, H. (2014). Cognitive decline after entering a nursing home: A 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), 504-508. doi: 10.1016/j.jamda.2014.02.006
- Hendriks, S. A., Smalbrugge, M., Galindo-Garre, F., Hertogh, C. M. P. M. e Steen, J. T. (2015). From admission to death: prevalence and course of pain, agitation and shortness of breath, and treatment of these symptoms in nursing home residents

- with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 475-481. doi: 10.1016/j.jamda.2014.12.016
- Hilion, A. (2015). Maladie d'Alzheimer et psychomotricité. In E. W. Pireyre (Ed.). *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 252-269). Paris: Dunod.
- Ho, S.-Y., Lai, H.-L., Jeng, S.-Y., Tang, C.-W., Sung, H.-C e Chen, P.-W. (2011). *The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia. Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), 49-55. doi: 10.1016/j.apnu.2011.08.006
- Hollman, J. H., Conner, M. N., Goodman, K. A., Kremer, K. H., Petkus, M. T. e Lanzino, D. J. (2013). Timed limb coordination performance is associated with walking speed in healthy older adults: A cross-sectional exploratory study. *Gait & Posture*, 38(2), 316-320. doi: 10.1016/j.gaitpost.2012.12.014
- Hoogeveen, H. R., Dalenberg, J. R., Renken, R. J., Horst, G. J. e Lorist, M. M. (2015). Neural processing of basic tastes in healthy young and older adults: An fMRI study. *Neuroimage*, 119, 1-12. doi: 10.1016/j.neuroimage.2015.06.017
- Horning, S. e Davis, H. P. (2012). Aging and Cognition. In V. S. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior* (2.^a ed., pp. 89-96). San Diego: Academic Press.
- Hrysomallis, C. (2011). Balance ability and athletic performance. *Sports Med*, 41(3), 221-232. doi: 10.2165/11538560-000000000-00000
- Hsieh, C. J., Chang, C., Su, S. F., Hsiao, Y.-L., Shih, Y. W., Han, W. H. e Lin, C. C. (2010). Reminiscence group therapy on depression and apathy in nursing home residents with mild-to-moderate dementia. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 2(2), 72-78. doi: 10.1016/S1878-3317(10)60012-5
- Huang, H.-W., Ju, M.-S. e Lin, C.-C. K. (2016). Flexor and extensor muscle tone evaluated using the quantitative pendulum test in stroke and parkinsonian patients. *Journal of Clinical Neuroscience*, 27, 48-52. doi: 10.1016/j.jocn.2015.07.031
- Huang, T.-T., Liu, C.-B., Tsai, Y.-H., Chin, Y.-F. e Wong, C.-H. (2015). Physical fitness exercise versus cognitive behavior therapy on reducing the depressive symptoms among community-dwelling elderly adults: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1542-1552. doi: /10.1016/j.ijnurstu.2015.05.013
- James, E. G., Leveille, S. G., You, T., Hausdorff, J. M., Trivison, T., Manor, B., McLean, R. e Bean, J. F. (2016). Gait coordination impairment is associated with mobility in older adults. *Experimental Gerontology*, 80, 12-16. doi: 10.1016/j.exger.2016.04.009
- James, P. J., Krishnan, S. e Aydelott, J. (2014). Working memory predicts semantic comprehension in dichotic listening in older adults. *Cognition*, 133(1), 32-42. doi: 10.1016/j.cognition.2014.05.014
- Jin, S.-Y., Jeong, H. S., Lee, J. W., Know, K. R., Rha, K.-D. e Kim, Y. M. (2016). Effect of nutritional status and cognitive ability on olfactory function in geriatric patients. *Auris Nasus Larynx*, 43(1), 56-61. doi: 10.1016/j.anl.2015.06.009

- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Québec: PUL et Chronique Sociale.
- Julien, C. L., Thompson, J. C., Neary, D. e Snowden, J.S. (2008). Arithmetic knowledge in semantic dementia: Is it invariably preserved? *Neuropsychologia*, 46(11), 2732-2744. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2008.05.010
- Jung, H., Shin, H. H. e Choi, Y. W. (2015). The relationship between fall efficacy and activity level in older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(1), 53-63. doi: 10.3109/02703181.2014.985865
- Kagawa, S., Koyama, T., Hosomi, M., Takebayashi, T., Hanada, K., Hashimoto, F. e Domen, K. (2013). Effects of constraint-induced movement therapy on spasticity in patients with hemiparesis after stroke. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 22(4), 364-370. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2011.09.021
- Kaymaz, T. T. e Ozdemir, L. (2016). Effect of aromatherapy on agitation and related caregiver burden in patients with moderate to severe dementia: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 38(3), 231-237. doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.11.001
- Kennedy, K. M. e Raz, N. (2009). Aging white matter and cognition: Differential effects of regional variations in diffusion properties on memory, executive functions, and speed. *Neuropsychologia*, 47(3), 916-927. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2009.01.001
- Khoo, Y. J.L., Schaik, P. e McKenna, J., (2014). The Happy Antic programme: Holistic exercise for people with dementia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(4), 553-558. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.02.008
- Kim, E. J. e Buschmann, M. T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 235-243. doi: 10.1016/S0020-7489(99)00019-X
- Klencklen, G., Lavenex, P., Bardner, C. e Lavenex, P. (2017). Working memory decline in normal aging: Is it really worse in space than in color? *Learning and Motivation*, 57, 48-60. doi: 10.1016/j.lmot.2017.01.007 0023-9690
- Kuiper, J., Voshaar, R., Zuidema, S., Stolk, R., Zuidersma, M. e Smidt, N. (2017). The relationship between social functioning and subjective memory complaints in older persons: a population-based longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(10), 1059-1071. doi: 10.1002/gps.4567
- Lafreniere, D. e Mann, N. (2009). Anosmia: Loss of smell in the elderly. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 42(1), 123-131. doi: 10.1016/j.otc.2008.09.001
- Lamb, D. G., Correa, L. N., Seid, T.R., Mosquera, D. M., Rodriguez, J. A., Salazar, L., ... Heilman, K. M. (2016). *The aging brain: Movement speed and spatial control*. *Brain and Cognition*, 109, 105-111. doi: 10.1016/j.bandc.2016.07.009
- Lancôt, K. L., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., Francis, P. T., Geda, Y. E., Ismail, Z., ... Abraham, E. H. (2016). Apathy associated with neurocognitive disorders: Recent progress and future directions. *Alzheimer's & Dementia*, 13(1), 84-100. doi: 10.1016/j.jalz.2016.05.008

- Lang, C. J. G., Leuschner, T., Ulrich, K., Stössel, C., Heckmann, J. G. e Hummel, T. (2006). Taste in dementing diseases and parkinsonism. *Journal of the Neurological Sciences*, 248(1-2), 177-184. doi: 10.1016/j.jns.2006.05.020
- Lawton, M. P., Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186. doi: 10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Le Roux, F. (2001). Psychomotricité et fin de vie. In Albaret, J.-M. e Aubert, E. (Ed.). *Viellissement et Psychomotricité* (pp. 155-180). Marseille: SOLAL.
- Leruez, S., Annweiler, C., Etcharry-Bouyx, F., Verny, C., Beauchet, O. e Milea, D. (2012). Les troubles visuels au cours de la maladie d'Alzheimer. *Journal Français d'Ophthalmologie*, 35(4), 308-311. doi: 10.1016/j.jfo.2011.11.003
- Levin, O., Fujiyama, H., Boisgontier, M. P., Swinnen, S. P. e Summers, J. J. (2014). Aging and motor inhibition: A converging perspective provided by brain stimulation and imaging approaches. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 100-117. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.04.001
- Linde, R., Matthews, F. E., Denning, T. e Brayne, C. (2017). Patterns and persistence of behavioural and psychological symptoms in those with cognitive impairment: the importance of apathy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 306-315. doi: 10.1002/gps.4464
- López, J., Losada, A., Romero-Moreno, R., Márquez-González, M. e Martínez-Martín, P. (2012). Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología*, 27(2), 83-89. doi: 10.1016/j.nrl.2011.04.003
- Luo, H., Tang, J. Y. M., Wong, G. H. Y., Chen, C. C. H., Lum, T. Y. S., Chi, I. e Lou, V. W. Q. (2015). The effect of depressive symptoms and antidepressant use on subsequent physical decline and number of hospitalizations in nursing home residents: A 9-year longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1048- 1054. doi: 10.1016/j.jamda.2015.06.016
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H.-H., Brähler, E. e Riedel-Heller, S. G. (2009). Prediction of institutionalization in the elderly: A systematic review. *Age & Aging*, 39(1), 1-8. doi: 10.1093/ageing/afp202
- Maccallum, F. e Bryant, R. A. (2011). Autobiographical memory following cognitive behavioral therapy for complicated grief. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(1), 26-31. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.08.006
- Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. A *Psicomotricidade*, 6, 47-55.
- Madhavan, K. M., McQueeney, T., Howe, S. R., Shear, P. e Szaflarski, J. (2014). Superior longitudinal fasciculus and language function in healthy aging. *Brain Research*, 1562, 11-22. doi: 10.1016/j.brainres.2014.03.012
- Mahoney, F. I. e Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mamo, S. K., Nirmalasari, O., Nieman, C. L., McNabney, M. K., Simpson, A., Oh, E. S. e Lin, F. L. (2017). Hearing care intervention for persons with dementia: A pilot

- study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(1), 91-101. doi: 10.1016/j.jagp.2016.08.019
- Marterer, A., Danielczyk, W., Simanyie, M. e Fischer, P. (1996). Calculation abilities in dementia of alzheimer's type and in vascular dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 23(2), 189-197. doi: 10.1016/0167-4943(96)00720-0
- Martín-Aragoneses, M. T. e Fernández-Blásquez, M. A. (2012). El lenguaje en el envejecimiento: procesos de recuperación léxica. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 34-46. doi: 10.1016/j.rlfa.2012.03.005
- Mátias-Guiu, J. A., Pérez-Martínez, D. a. e Mátias-Guiu, J. (2016). Estudio piloto de un nuevo método de estimulación aritmética empleando el ábaco en ancianos sanos y con trastorno cognitivo. *Neurología*, 31(5), 326-331. doi: 10.1016/j.nrl.2015.02.002
- Matilla-Mora, R., Martínez-Piédrola, R. M. e Huete, J. F. (2016). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 51(6), 349-356. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.006
- Mazières, C. L., Morley, J. E., Levy, C., Agenes, F., Barbagallo, M., Cesari, M., ... e Rolland, Y. (2017). Prevention of functional decline by reframing the role of nursing homes? *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 105-100. doi: 10.1016/j.jamda.2016.11.019
- Mazzucchi, A. Sinforiani, E. e Boller, F. (2013). Artistic creativity, artistic production and aging. *Progress in Brain Research*, 204, 45-70. doi: 10.1016/B978-0-444-63287-6.00003-8
- McGrath, C., Rudman, D. L., Polgar, J., Spafford, M. M. e Trentham, B. (2016). Negotiating 'positive' aging in the presence of age-related vision loss (ARVL): The shaping and perpetuation of disability. *Journal of Aging Studies*, 39, 1-10. doi: 10.1016/j.jaging.2016.08.002
- Michel, S., Soppelsa, R. e Albaret, J.-M. (2011). *Examen Géroto Psychomoteur: Manuel d'application*. Paris: Hogrefe.
- Mila Demarchi, J., Peceli, M., Vásquez, S. e García Olalla, M. D. (2015). Formación Corporal Específica del Psicomotricista Especialista en Gerontopsicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 40, 94-98.
- Mitchell, G. e Templeton, M. (2014). Ethical consideration of doll therapy for people with dementia. *Nursing Ethics*, 21(6), 720-730. doi: 10.1177/0969733013518447
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Morais, A., Santos, S. e Lebre, P. (2016). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Éxamen Geronto-Psychomoteur (P-EGP). *Educational Gerontology*, 42(7), 516-527. doi: 10.1080/03601277.2016.1165068
- Muffato, V., Meneghetti, C. e Beni, R. (2016). Not all is lost in older adults' route learning: The role of visuo-spatial abilities and type of task. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 230-241. doi: 10.1016/j.jenvp.2016.07.003

- Muffato, V., Meneghetti, C., Ruocco, V. e Beni, R. (2017). When young and older adults learn a map: The influence of individual visuo-spatial factors. *Learning and Individual Differences*, 53, 114-121. doi: 10.1016/j.lindif.2016.12.002
- Munk, N. e Zanjani, F. (2011). Relationship between massage therapy usage and health outcomes in older adults. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(2), 177-185. doi: 10.1016/j.jbmt.2010.01.007
- Nazir, A., Unroe, K., Tegeler, M., Khan, B., Azar, J. e Boustani, M. (2013). Systematic review of interdisciplinary interventions in nursing home. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(7), 471-478. doi: 10.1016/j.jamda.2013.02.005
- Nishiguchi, S., Yamada, M., Fukutani, N., Adachi, D., Tashiro, Y., Hotta, T., ... Tsuboyama, T. (2015). Spot the difference for cognitive decline: a quick memory and attention test for screening cognitive decline. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(1), 9-14 doi: 10.1016/j.jcgg.2014.08.003
- Núñez, J.A.G. e González, J. M. M. (2001) Programa de gerontopsicomotricidade en ancianos institucionalizados: Informe de intervención psicomotriz en el proyecto de la residencia de ancianos de Torremocha del Jarama (Madrid). In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 221-240). Lisboa: Edições FMH.
- Núñez, J.A.G. e González, J. M. M. (2012). *Psicomotricidad y Ancianidad*. Madrid: CEPE.
- Ogawa, T., Irikawa, N., Yanagisaea, D., Shiino, A., Tooyama, I. e Shimizu, T. (2017). Taste detection and recognition thresholds in japanese patients with alzheimer-type demencia. *Auris Nasus Larynx*, 44(2), 168-173. doi: 10.1016/j.anl.2016.06.010
- Olalla, L. G. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* 33(9), 27-34.
- O'Toole, L., Ryder, R., Connor, R., Yurick, L., Hegarty, F. e Connolly, D. (2015). Impact of a dance programme on health and well-being for community dwelling adults aged 50 years and over. *Physical e Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(4), 303-319. doi: 10.3109/02703181.2015.1088112
- Pace, V., Treloar, A., Scott, S. e Watson, M. (2011a). Principles of physical symptom assessment in dementia. In V. Pace, A. Treloar, S. e Scott, S (Ed.). *OSH Dementia: From advanced disease to bereavement* (pp. 80-95). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199237807.003.0026
- Pace, V., Treloar, A., Scott, S. e Watson, M. (2011b). Some other therapies. In V. Pace, A. Treloar e S. Scott, S. (Ed.). *OSH Dementia: From advanced disease to bereavement* (pp. 383-390). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199237807.003.0079
- Palese, A., Favero, C., Zutton, R. A., Ferrario, B., Ponta, S., Grassetti, L., Ambrose, E. (2016). Inactive Residents Living in Nursing Homes and Associated Predictors: Findings from a regional-based, Italian retrospective study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(12), 1099-1105. doi: 10.1016/j.jamda.2016.07.010

- Papageorgiou, N., Marquis, R., Dare, J. e Batten, R. (2016). Occupational therapy and occupational participation in community dwelling older adults: A review of the evidence. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 34(1), 21-42. doi: 10.3109/02703181.2015.1109014
- Peña, M. M., Carrasco, P. M., Luque, M. L. e García, A. I. R. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 47-56. doi: 10.1016/j.rlfa.2012.03.002
- Peralta, P., Gascón, A. e Latorre, E. (2017). Occupation therapy prevents cognitive impairment on long-term care residents. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 35(4), 119-131. doi: 10.1080/02703181.2017.1339757
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pérez-Mármol, J. M., Ortega-Valdivieso, M. A., Cano-Deltell, E. E., Peralta-Ramírez, M. I., García-Ríos, M. C. e Aguiçar-Ferrándiz, M. E. (2016). Influence of upper limb disability, manual dexterity and fine motor skill on general self-efficacy in institutionalized elderly with osteoarthritis. *Journal of Hand Therapy*, 29(1), 58-65. doi: 10.1016/j.jht.2015.12.001
- Pinzón-Pulido, S., Peña, F. G., Alcázar, V. R., Lima-Rodríguez, J. S., Triano, M. F. R., Domene, M. M. e Trujillo, F. A. (2016). Factores predictores de la institucionalización de personas mayores en situación de dependencia en Andalucía. *Enfermería Clínica*, 26(1), 23-30. doi: 10.1016/j.enfcli.2015.08.003
- Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Pontone, G. M., Mari, Z., Perepezko, K., Weiss, H. D. e Basset, S. S. (2017). Personality and reported quality of life in Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(3), 324-330. doi: 10.1002/gps.4475
- Prata, M. G. e Scheicher, M. E. (2014). Effects of strength and balance training on the mobility, fear of falling and grip strength of elderly female fallers. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 19(4), 646-650. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.11.013
- RACP (2016). Regulamento de Estágio - *Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP)*. Faculdade de Motricidade Humana (documento não publicado).
- Rajkumar, A. P., Ballard, C., Fossey, J., Corbett, A., Woods, B., Orrell, M., ... Testad, I. (2016). Apathy and its response to antipsychotic review and nonpharmacological intervention in people with dementia living in nursing homes: WHELD, a factorial cluster randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(8), 741-747. doi: 10.1016/j.jamda.2016.04.006
- Ramsey R., Hin, A., Prado, C. e Fernandez, N. (2015). Understanding and preventing falls: perspectives of first responders and older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(1), 17-33. doi: .3109/02703181.2014.978432

- Rand, M. K. e Stelmach, G. E. (2011). Effects of hand termination and accuracy requirements on eye-hand coordination in older adults. *Behavioural Brain Research*, 219(1), 39-46. doi: 10.1016/j.bbr.2010.12.008
- Rapp, M. A., Mell. T., Majic, T., Treusch, Y., Nordheim, J., Niemann-Mirmehdi, M., Gutzmann, H. e Heinz, A. (2013). Agitation in nursing home residents with dementia (VIDEANT trial): Effects of a cluster-randomized, controlled, guideline, implementation trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(9), 690-695. doi: 10.1016/j.jamda.2013.05.017
- Redondo, M., Beltrán-Brotóns, J., Reales, J e Ballesteros, S. (2016). Executive functions in patients with Alzheimer's disease, type 2 diabetes mellitus patients and cognitively healthy older adults. *Experimental Gerontology*, 83, 47-55. doi: 10.1016/j.exger.2016.07.013.
- Rinaldi, N. M. e Moraes, R. (2016). Older adults with history of falls are unable to perform walking and prehension movements simultaneously. *Neuroscience*, 316, 249-260. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.12.037
- Rodríguez. E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: Una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(3), 13-28.
- Rozencwajg, P., Schaeffer, O. e Lefebvre, V. (2010). Arithmetic and aging: Impact of quantitative knowledge and processing speed. *Learning and Individual Differences*, 20(5), 452-458. doi: 10.1016/j.lindif.2010.04.009
- Ruzzoli, M., Pirulli, C., Brignani, D., Maioli, C. e Miniussi, C. (2012). Sensory memory during physiological aging indexed by mismatch negativity (MMN). *Neurobiology of Aging*, 33(3), 625e.21-632.e30. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2011.03.021
- Schaadt, A. K. e Kerkhoff, G. (2016). Vision and visual processing deficits. In M. Husain e J. M., Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 147-160) Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0014
- Schiffman, S. S., Clark, C. M. e Warwick, Z. S. (1990). Gustatory and olfactory dysfunction in dementia: Not specific to Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 11(6), 597-600. doi: 10.1016/0197-4580(90)90023-S
- Schintu, S., Hadji-Bouziane, F., Monte, O. D., Knutson, K. M., Pardini, M., Wassermann, E. M., Grafman, J. e Krueger, F. (2014). Object and space perception - Is it a matter of hemisphere? *Cortex*, 57, 244-253. doi: 10.1016/j.cortex.2014.04.009
- Schneider, S. A. (2014). Clinical phenomenology and genetics of other parkinsonian syndromes associated with either dystonia or spasticity. In M. LeDoux (Ed.). *Movement Disorders - Genetics and Models* (2.^a ed., pp. 877-886). USA: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-405195-9.00057-3
- Scocco, P., Rapattoni, M. e Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 281-287. doi: 10.1002/gps.1453
- Segev-Jacobovski, O., Herman, T., Yogev-Seligmann, G., Mirelman, A., Giladi, N. e Hausdorff, J. M. (2011). The interplay between gait, falls and cognition: Can

- cognitive therapy reduce fall risk. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(7), 1057-1075. doi: 10.1586/ern.11.69
- Segurança Social (2011). *Manual de Processos-Chave – Estrutura Residencial para Idosos*. Retirado em 23 de outubro de 2016 de http://www.seg-social.pt/documents/10152/13652/gqrs_lar_estrutura_residencial_idosos_Proce ssos-Chave/1378f584-8070-42cc-ab8d-9fc9ec9095e4.
- Shanahan, J., Coman, L., Ryan, F., Saunders, J., O'Sullivan, K., Bhriain, O. N. e Clifford, A. -m. (2016). To dance or not to dance? A comparison of balance, physical fitness and quality of life in older Irish set dancers and age-matched controls. *Public Health*, 141, 56-62. doi: 10.1016/j.puhe.2016.07.015
- Shephard, R. J. (1997). *Aging, physical activity, and health*. Champaign: Human Kinetics.
- Shumway-Cook A. e Woollacott M. H. (1995). *Motor control: Theory and practical applications*. Michigan: Lippincott Williams e Wilkins.
- Slaughter, S. E., Hopper, T., Ickert, C. e Erin, D. F. (2014). Identification of hearing loss among residents with dementia: Perceptions of health care aides. *Geriatric Nursing*, 35 (6), 434-440. doi: 10.1016/j.gerinurse.2014.07.001
- Sogebi, O. A., Oluwole, L. O., e Mabifah, T. O. (2015). Functional assessment of elderly patients with hearing impairment: A preliminary evaluation. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(1), 15-19. doi: 10.1016/j.jcgg.2014.08.004
- Speer, M. E. e Soldan, A. (2015). Cognitive reserve modulates EPRs associated with verbal working memory in healthy younger and older adults. *Neurobiology of Aging*, 36(3), 1424-1434. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2014.12.025
- Stopford, C. L., Thompson, J. C., Neary, D., Richardson, A. M. T. e Snowden, J. S. (2012). Working memory, attention, and executive function in Alzheimer's disease and frontotemporal dementia. *Cortex*, 48(4), 423-446. doi: 10.1016/j.cortex.2010.12.002
- Stuart, S., Lord, S., Hill, E. e Rochester, L. (2016). Gait in Parkinson's disease: A visuo-cognitive challenge. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 62, 76-88. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.01.002
- Sung, P. S. (2016). Different coordination and flexibility of the spine and pelvis during lateral bending between young and older adults. *Human Movement Science*, 46, 229-238. doi: 10.1016/j.humov.2016.01.001
- Taconnat, L. e Lemaire, P. (2014). Fonctions exécutives, vieillissement cognitif et variations stratégiques. *Psychologie Française*, 59, 89-100. doi: 10.1016/j.psfr.2013.03.007.
- Tagariello, P., Girardi, P. e Amore, M. (2009). Depression and apathy in dementia: Same syndrome or different constructs? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 246-249. doi: 10.1016/j.archger.2008.09.002
- Tanuseputro, P., Hsu, A., Kuluski, K., Chalifoux, M., Donskov, M., Beach, S. e Walker, P. (2017). Level of need, divertibility, and outcomes of newly admitted nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 616-623. doi: 10.1016/j.jamda.2017.02.008

- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. e Armstrong, D. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485-490. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.02.009
- Treusch, Y., Majic, T., Page, J., Gutzmann, H., Heinz, A. e Rapp, M. A. (2015), Apathy in nursing home residents with dementia: Results from a cluster-randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 30(2), 251-257. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.02.004
- Tuzzo, R. e Demarchi, J. M. (2007). La formación de psicomotricistas en el campo del envejecimiento y vejez: Interfases necesarias. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 28, 59-68.
- Ulmann, G. e Williams, H. G. (2016). The Feldenkrais Method can enhance cognitive function in independent living older adults: A case-series. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 20(3), 512-517. doi: 10.1016/j.jbmt.2015.11.017
- Uribe, A. (2015). Perceptions of successful aging among mexican older adults. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 9-17. doi: 10.5460/jbhsl.v7.2.52888
- Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39,59-77.
- Vieira, A. I., Nogueira, D., Reis, E. A., Rosado, M. L., Nunes, M. V. e Castro-Caldas, A. (2016). Hand tactile discrimination, social touch and frailty criteria in elderly people: A cross sectional observational study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 73-81. doi: 10.1016/j.archger.2016.04.012
- Vink, A. C., Zuiderma, M., Boersma, F., Jonge, P., Zuidema, S. U., Slaets, J. P. J. (2013). The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: A randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1031-1038. doi: 10.1002/gps.3924
- Wang, C.-H., Tasi, C.-L., Tseng, P., Yang, A. C., Lo, M.-T., Peng, C.-K., ... Liang, W.-K. (2014). The association of physical activity to neural adaptability during visuo-spatial processing in healthy elderly adults: A multiscale entropy analysis. *Brain and Cognition*, 92, 73-83. doi: /10.1016/j.bandc.2014.10.006
- Weinberg, L., Hall, N. C. e Sverdlik, A. (2015). Attributional retraining and physical rehabilitation in later life: Intervention effects on motivation, mobility, and well-being. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(4), 294-302. doi: 10.3109/02703181.2015.1084410
- Wint, D. e Cummings, J. L. (2016). Neuropsychiatric aspects of cognitive impairment. In M. Husain e J. M. Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 197-207). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0019
- Wong, K. K., Muller, M. L. T. M., Kuwabara, H., Studenski, S. A, e Bohnen, N. I. (2010). Olfactory loss and nigrostriatal dopaminergic denervation in the elderly. *Neuroscience Letters*, 484(3), 163-167. doi: 10.1016/j.neulet.2010.08.037

- Yang, Y.-P., Lee, F.-P., Chao, H.-C., Hsu, F.-Y. e Wang, J.-J. (2016). Comparing the effects of cognitive stimulation reminiscence and aroma-massage on agitation and depressive mood in people with dementia. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(8), 719-724. doi: 10.1016/j.jamda.2016.03.021
- Young, H. M., Siegel, E. O., McCormick, W. C., Fulmer, T., Harootyan, L. K. e Dorr, D. A. (2011). Interdisciplinary collaboration in geriatrics: Advancing health for older adults. *Nursing Outlook*, 59(4), 243-251. doi: 10.1016/j.outlook.2011.05.006
- Zamarian, L., Visani, P., Delazer, M., Seppi, Z., Mair, K. J., Diem, A., Poewe, W. e Benke, T. (2006). Parkinson's disease and arithmetics: The role of executive functions. *Journal of Neurological Sciences*, 248(1-2), 124-130. doi: 10.1016/j.jns.2006.05.037
- Zamboni, G., Jagherm C., A. Drazich, E., Douaud, G., Jenkinson, M., Smith, D. A., Tracey, I. e Wilcock, G. K. (2013). Structural and functional bases of visuospatial associative memory in older adults. *Neurobiology of Aging*, 34(3), 961-972. doi: 10.1016/j.neurobiolaging.2012.07.011
- Zhuang, J., Johnson, M. A., Madden, D. J., Burke, D. M. e Diaz, M. T. (2016). Age-related differences in resolving semantic and phonological competition during receptive language tasks. *Neuropsychologia*, 93(Part A), 189-199. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2016.10.016
- Ziff, M. e Stark, R. S. (2017). How to assess tendon reflexes of the lower limb in the elderly. *Journal of the Neurological Sciences*, 372, 196-200. doi: 10.1016/j.jns.2016.11.044

Anexos

Anexo A – Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade

Tabela A1 - Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade

Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade						
Residente:						
Data de Preenchimento:						
Legenda: 0 – comportamento não observado/não se aplica; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade						
0 1 2 3 4						
Domínio Psicomotor						
Tonicidade	Nível de tonicidade:					
	Permite mobilização passiva					
	Realiza mobilização ativa					
Equilíbrio	Permanece imóvel de olhos abertos durante, ± 5 segundos					
	Permanece imóvel de olhos fechados durante, ± 5 segundos					
	Anda					
	Anda, para e volta a andar					
	Levanta-se					
	Senta-se					
Noção do Corpo	Identifica, em si, as partes do corpo					
	Identifica, nos outros, as partes do corpo					
	Nomeia, em si, as partes do corpo					
	Nomeia, nos outros, as partes do corpo					
Estruturação Espacial	Reconhece o que está à frente e atrás de si					
	Reconhece o que está do seu lado direito e do seu lado esquerdo					
	Reconhece o que está à frente e atrás, em relação aos outros					
	Reconhece o que está do lado direito e do lado esquerdo, em relação aos outros					
Motricidade Global	Executa uma passada regular					
	Realiza caminhadas curtas (150m)					
	Realiza caminhas com distâncias médias (500m)					
	Realiza longas caminhadas (1km)					
	Sobe degraus					
	Desce degraus					
Coordenação Oculomanual	Recebe uma bola objeto					
	Lança por cima (uma bola)					
	Lança por baixo (uma bola)					
Coordenação Oculopodal	Recebe (uma bola)					
	Pontapeia (uma bola)					
Motricidade Fina	Realiza preensão palmar					

Legenda: 0 – comportamento não observado/não se aplica;						
1 – não faz;		2 – faz com dificuldade;				
3 – faz sem dificuldade;		4 – faz com facilidade				
		0	1	2	3	4
	Manipula objetos em simultâneo					
	Utiliza as mãos cooperativamente					
	Realiza a pega pinça					
	Executa o movimento de tamborilar					
Domínio Cognitivo						
Orientação para a Realidade	Sabe quem é					
	Sabe quantos anos tem					
	Reconhece pessoas significativas					
	Sabe que dia do mês é					
	Sabe que dia da semana é					
	Sabe que ano é					
	Sabe que horas são					
Memória	Recorda um acontecimento longínquo da sua vida					
	Recorda um episódio ocorrido na semana passada					
	Recorda um episódio recente ocorrido na última hora					
	Retém uma informação num curto espaço de tempo (5-10 min)					
Atenção	Está atento a uma instrução					
	Está atento a uma tarefa					
Compreensão	Compreende instruções simples					
	Compreende instruções com duas tarefas					
Expressão	Tem um discurso coerente					
	Tem um discurso fluente					
	Mantém uma conversa					
	Exprime sentimentos					
	Exprime necessidades					
Domínio Socioemocional						
Interações	Cumprimenta os outros					
	Mantém uma distância adequada em relação ao outro					
	Mantém o contacto visual					
	Pede desculpa					
	Agradece					
	Pede por favor					
	Interrompe o outro					
	Ajuda o outro					
	Pede ajuda ao outro					
	É afetuoso com o outro					
	É recetível aos afetos do outro					
	Participa a pedido					

Legenda: 0 – comportamento não observado/não se aplica; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade		0	1	2	3	4
Participação nas sessões	Participa de forma voluntária					
	Cumpre					
	Coopera					
	Dá opinião					
	É impulsivo					
Autonomia nas AVD						
Autonomia	Veste-se					
	Despe-se					
	Autônomo nos cuidados de higiene					
	Autônomo na medicação					
	Come sozinho					
	Usa talheres					
Observações:						

Anexo B – Os Materiais em Gerontopsicomotricidade (estudo exploratório)

Resumo

A Gerontopsicomotricidade (GPM) é uma terapia não farmacológica e de mediação corporal, cujo primeiro objetivo passa por dar resposta às alterações consequentes do envelhecimento, melhorando a relação consigo e com o outro, adaptando-se ao seu novo corpo e às suas novas capacidades, não descurando a contínua exploração da criatividade, onde os materiais podem ser um facilitador. Neste sentido, e de forma a perceber como os materiais são meios para alcançar os objetivos definidos pelos psicomotricistas (no âmbito socioemocional, cognitivo, sensorial e psicomotor) desenvolveu-se um estudo exploratório, aplicando-se um questionário ao qual responderam 124 psicomotricistas com experiência em GPM, sendo a amostra maioritariamente do género feminino e com a formação de base na atual licenciatura de Reabilitação Psicomotora. Os resultados obtidos revelaram, com base nos materiais mais escolhidos pelos psicomotricistas, os objetivos para os quais são utilizados e a versatilidade dos mesmos, havendo várias concordâncias com a literatura existente.

Gerontopsicomotricidade

Com o objetivo de minimizar o impacto do envelhecimento (Fonseca, 2001; Hilion 2015; Nuñez e González, 2001; Pereira, 2004), ao nível psicomotor, cognitivo e emocional (Hilion, 2015) a GPM é uma terapia não farmacológica (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012) e de mediação corporal (Hilion, 2015; Moraes, 2007).

Desta forma, o corpo assume especial relevância, na medida em que está em permanente contacto com o mundo (Vásquez e Mila, 2014), expressando-se através da comunicação não verbal e do diálogo tónico-emocional (Hilion, 2015).

Assim, como objetivos da GPM, podem referir-se a redescoberta do prazer do movimento, aumentando-o e diversificando-o, promovendo-se a consciência do corpo e segurança nos deslocamentos (Olalla, 2009), aumentar e melhorar a comunicação com o outro (Nuñez y González, 2012; Olalla, 2009), otimizando-se a capacidade de escuta e consequente ajuste à outra pessoa (Olalla, 2009) e, em sequência, criando uma melhor relação com o outro (Morais, 2007). Assim, pretende-se também minimizar sentimentos de angústia (Nuñez e González, 2012; Vásquez e Mila, 2014) e de dor (Olalla, 2009), aceitando as suas novas capacidades e dificuldades (Olalla, 2009; Vásquez e Mila, 2014),

apercebendo-se de que é um agente ativo (Madera, 2005). Simultaneamente, é de salientar outro grande objetivo da GPM, nomeadamente a exploração da criatividade (Olalla, 2009), muito importante para estimular os sentimentos de identidade e autoeficácia (Morais, 2007), que pode ser gerada a partir dos materiais, que originam hipóteses de jogo e consequente representação das vivências decorridas nestes momentos (Olalla, 2009). A exploração dos materiais e a forma como são utilizados para comunicar com o outro devem, inclusive, ser um dos alvos de observação do psicomotricista (Aragón, 2012; Madera, 2005), nomeadamente reparar na cor escolhida (Madera, 2005; Schaadt e Kerkoff, 2016), na forma, na dimensão e, ainda, como está a ser manipulado (Madera, 2005).

Materiais nas Várias Áreas de Intervenção.

De uma forma geral, alguns exemplos são os materiais habituais de Psicomotricidade (balões, panos, arcos e cordas), outros que sejam comuns na vida da pessoa (leques, baralhos de cartas, folhas de jornal e talheres de plástico), conforme apontam Moraes (2007), Nuñez e González, (2012) e Rodríguez (2003) cartões com cores e imagens organizadas em categorias, instrumentos musicais, contas de encaixe e tecidos de diferentes texturas (Madera, 2005; Nuñez e González, 2012; Rodríguez, 2003), materiais de expressão plásticas (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012) e aromas (Morais, 2007), que podem ser facilitadores para trabalhar os vários objetivos na GPM, a nível psicomotor, cognitivo e socioemocional.

Dentro do domínio psicomotor, com materiais de Psicomotricidade, podem criar-se diferentes relevos e percursos de obstáculos, de forma a trabalhar-se o equilíbrio (Pereira, 2004) e a coordenação (Aubert e Albaret, 2001). Para otimizar este último fator, de uma forma geral e também com especial enfoque na oculomanual, as bolas (Aragón, 2012) e os balões podem ser um aliado (Aragón, 2012; Nuñez e González, 2012), nomeadamente enquanto são manipulados e, em simultâneo, se caminha (Nuñez e González, 2012). Tanto a caminhar como nos padrões locomotores ou para outros aspetos da motricidade global, podem ser utilizados os arcos (Aragón, 2012). Este material é uma sugestão de Aragón (2012) para estimular conceitos espaciais, e, dentro deste objetivo, surge o ábaco que poderá ser um objeto que auxilia na perceção da organização espacial (Mátias-Guiu, Pérez-Martínez e Mátias-Guiu, 2016). Já para estimular a motricidade fina, Nuñez e González (2012) sugerem os objetos pequenos e de construção.

No âmbito cognitivo, ao nível da memória, alguns materiais enumerados na literatura são as listas de palavras (Cantarella et al, 2017), a música (Gallego e García, 2016) e o ábaco (Mátias-Guiu et al., 2016). Estes dois últimos, e de acordo com os referidos

autores, podem ser uma opção para estimular a atenção, a par de outra sugestão apontada por Belchior et al. (2013) que sugerem os videojogos. Já quanto ao cálculo, uma das sugestões volta a ser o ábaco, em duas vertentes, o reconhecimento de quantidades e a realização de operações simples (Mátias-Guiu et al., 2016).

Quanto às questões socioemocionais, ao nível da comunicação, os materiais podem assumir-se como um meio de comunicação não verbal, substituindo, inclusive, a comunicação verbal (Madera, 2005), representando situações de partilha (Madera, 2005) e de interação com o outro (Nuñez e González, 2012), sendo que a comunicação não verbal pode também ser facilitada quando são realizadas massagens com cremes aromáticos (Munk e Zanjani, 2011; Pace et al., 2011). A importância dos materiais é reforçada por Cohen-Mansfield, Thein, Dakheel-Ali, Regier e Marx (2010) que constataram que, apesar das pessoas com demência terem uma reação mais positiva ao contacto com outras pessoas, a utilização de materiais, nomeadamente bonecos que se aproximem a bebés reais e animais de peluche, são benéficos para gerar interações.

Em tarefas de cooperação, a manipulação simultânea de cordas (Aragón, 2012; Nuñez e González, 2012) ou panos, permite não só um maior conhecimento dos limites corporais do próprio, como dos limites corporais do outro (Nuñez e González, 2012).

Noutro âmbito, ao nível da redução da agitação, voltam a ser opções de materiais os cremes aromáticos (Munk e Zanjani, 2011; Pace et al., 2011) e a música (Ho et al., 2011; Gallego e García, 2016; Madera, 2005; Pace et al., 2011). Também a utilização de bonecos com a figura humana pode ter um impacto positivo na regulação comportamental, transmitindo à pessoa idosa uma sensação de que está a cuidar (Alander, Prescott e James, 2015; Bisiani e Angus, 2013) e gerando um conforto consequente (Bisiani e Angus, 2013; Green et al., 2011; Pezzatti et al., 2014), inclusive nos casos de demências avançadas (Pezzatti et al., 2014). A utilização destes mesmos bonecos, potencia o início de uma interação social, que se pretende que seja replicada para a comunicação com as outras pessoas, em meio institucional (Bisiani e Angus, 2013; Pezzatti et al., 2014).

Cuidados na Escolha dos Materiais.

Na escolha dos materiais em GPM, esta pode partir das próprias pessoas idosas, de forma a que os materiais utilizados sejam mais significativos (Moraes, 2007). Já quando são escolhidos pelo psicomotricista, este deve continuar a privilegiar materiais que lhe sejam familiares (Rodríguez, 2003).

Quando se escolhem os materiais para pessoas idosas, também as questões éticas devem ser tidas em conta, evitando-se materiais que pareçam infantis (Rodríguez, 2003) tendo em atenção a utilização destes (Mitchell e Templeton, 2014). E, se por um lado, a utilização de bonecos com a figura humana pode minimizar estados de angústia, potenciado, conseqüentemente, um aumento do bem-estar, por outro lado, esta pode ser uma escolha pouco entendida por parte dos familiares por ser considerada uma situação que infantiliza a pessoa (Mitchell e Templeton, 2014), daí a necessidade de explicar às famílias o objetivo da utilização deste material (Alander, Prescott e James, 2015). Nestas questões, é fundamental valorizar a opinião da pessoa idosa (Alander et al, 2015; Mitchell e Templeton, 2014), não sendo uma escolha imposta, mas sim uma das opções, sabendo os técnicos, previamente, com que intuito estão a disponibilizar estas materiais (Alander et al., 2015). Os referidos autores indicam que, uma das estratégias, passa por mostrar vários materiais, nos quais estão incluídos os bonecos. No caso das demências avançadas, a pessoa pode acreditar que está a cuidar um bebé real. Por este motivo, há alguns cuidados a ter em conta, como escolher bonecos que não chorem e, depois de entregue à pessoa, não se devem retirar bruscamente (Alander, Prescott e James, 2015).

Os materiais utilizados para a intervenção devem ser facilmente manipuláveis, não muito pesados nem muito pequenos, evitando materiais brilhantes (Rodríguez, 2003). Estas últimas características têm em conta uma série de alterações sensoriais, neste caso ao nível da visão, nomeadamente a dificuldade de ver com precisão objetos e em adaptar-se a diferentes níveis de luminosidade (Aubert e Albaret, 2001). Paralelamente, existindo dificuldades na diferenciação de cores e contrastes (Aubert e Albaret, 2001) é relevante, na preparação dos materiais, otimizar os contrastes figura fundo (Schaadt e Kerkoff, 2016). Ainda dentro das características visuais dos materiais, é de referir que a cor dos objetos tem influência na memória pelo que, a relação destes com as cores, não deve ser descurada (Klencklen et al, 2017).

As alterações cognitivas devem também ser tidas em conta na escolha dos materiais, sendo exemplo disso a utilização de espelhos em fases mais avançadas da demência onde a pessoa já é incapaz de se reconhecer nestes, podendo causar-se uma situação de angústia para a mesma (Rodríguez, 2003).

Método

O presente estudo tem como principal objetivo conhecer quais os materiais utilizados pelos psicomotricistas com experiência em GPM e para que objetivos de intervenção. Sendo este um tema pouco abordado, foi realizado um estudo exploratório, conforme é sugerido por

Quivy e Campenhoudt (1992). Desta forma, numa primeira fase (de fevereiro a abril de 2017), através de um grupo de Facebook, perguntou-se aos psicomotricistas com experiência em GPM, quais os materiais que utilizavam e com que intenção, solicitando-se a publicação de fotografias dos mesmos.

Dada a ambiguidade dos resultados obtidos, e com base nas imagens partilhadas, construiu-se um questionário com a identificação do psicomotricista e com a análise de diferentes materiais nos domínios sensorial, cognitivo, cognitivo e psicomotor, associando-se objetivos ao domínio, em concordância com a literatura apresentada. Paralelamente, é de referir que os questionários são utilizados quando o público alvo é um conjunto representativo da população em estudo, de forma a conhecer a sua opinião sobre determinado assunto, caracterizando-se pela utilização de perguntas que já têm hipóteses de respostas já pré-selecionadas (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Depois de construído, este questionário, foi revisto por peritos da área e, posteriormente, divulgado nos grupos de Facebook de psicomotricistas, através de contactos de email e do LinkedIn, entre abril e novembro de 2017.

O tratamento dos dados estatísticos foi realizado através do software Statistical Package of Social Sciences (SPSS), na versão 23.

Instrumento.

O questionário foi constituído por duas grandes partes, uma referente a caracterização do psicomotricista e outra focada nos objetivos trabalhados com o auxílio de variados materiais, ao nível socioemocional, cognitivo, sensorial e psicomotor, sendo que em cada material, o psicomotricista respondia se utiliza regularmente, pontualmente, pondera vir a utilizar ou não concorda com a utilização deste material para atividades do domínio que está a avaliar.

- **Caracterização do psicomotricista:** continha a identificação da idade, género, contexto onde trabalhava (lar/ estrutura residencial, centro de dia, apoio domiciliário, e apoio / projeto comunitário / outros), há quanto tempo exercia a profissão de psicomotricista e há quanto tempo o fazia, especificamente, com pessoas idosas e qual a sua formação e o local onde realizou a mesma.
- **Domínio socioemocional:** constituído por cartas de jogar, jogos de tabuleiro, espelhos e fios/cordas e identificando se utiliza para dinâmicas de cooperação, competição e/ou outro.
- **Domínio cognitivo:** composto por jogos de correspondência, jogos de 2D/3D, fotografias, puzzles, objetos reais do quotidiano cartas de jogar, jogos de memória, mandalas, instrumentos musicais, tapete *Twister* e mapas para trabalhar a memória, o


planeamento motor, a capacidade de resolução de problemas, a inibição (optou-se por dividir as funções executivas, de forma a tornar as opções de resposta mais concretas), a atenção, a linguagem, o cálculo e/ou outro.

- **Domínio sensorial:** englobava materiais de expressão plástica, materiais fofos de pequenas dimensões, espelhos, lã / cordas / fios, materiais com diferentes texturas e materiais com diferentes temperaturas, referindo se os utilizam para estimulação sensorial (audição, visão, tato/cinestésico, olfato e paladar), expressão de sentimentos e sensações através da comunicação não verbal, redução da dor, promoção do bem-estar e/ou outro.
- **Domínio psicomotor:** incluía paus / canas / tubos, materiais de pequena dimensão, pinos leves, pinos pesados, cadeiras, arcos, cintas elásticas, objetos metálicos, jogos de 2D/3D, argolas, instrumentos musicais, almofada de atividades de vida diária, material insuflável, material de moldar, *Octaband*, bolas de diferentes tamanhos, pesos e texturas, tangram e jogos de encaixe, pinças, molas, elásticos, bastões de espuma, figura do corpo humano, tecidos / mantas / lenços, balões, bonecos de pano, tapete *Twister*, redes, mapas, paraquedas, bolas de exercício, referindo se são utilizados para estimular o tônus, o equilíbrio, a noção do corpo, a noção do tempo, a noção do espaço, a coordenação / motricidade global, a motricidade fina e/ou outro.

Por último, existia, também, uma questão de resposta livre onde é possível descrever materiais e submeter fotos dos mesmos.

* Selecione todas as áreas deste domínio que considere que os materiais representados na fotografia podem ser usado para trabalhar o objetivo na intervenção psicomotora com idosos.

Bonecos de Pano



Selecione todas as que se apliquem

☐ Tônus

☐ Equilíbrio

☐ Noção do Corpo

☐ Noção do Tempo

☐ Noção do Espaço

☐ Coordenação / Motricidade Global

☐ Motricidade Fina

☐ Outro:

* Em relação a este material considera que:

☐ Utilizo regularmente

☐ Utilizo pontualmente

☐ É um material que pondero vir a utilizar

☐ Não concordo com a utilização deste material para trabalhar os fatores psicomotores

Figura B 1 - Exemplo de pergunta do instrumento (domínio psicomotor)

Amostra.

Para a apresentação dos dados foram utilizados métodos de estatística descritiva, com recurso ao SPSS, versão 23.

A amostra foi constituída por 124 psicomotricistas com uma média de idade de 28.65 (± 6.48 anos), havendo 116 participantes do género feminino e 8 do masculino.

Relativamente ao contexto onde trabalhavam, 95 pessoas trabalhavam em lar, 45 em centro de dia, 19 em apoio domiciliário e 22 em outros programas da comunidade, existindo pessoas que trabalhavam em mais do que um contexto.

Já no que diz respeito ao tempo de experiência a trabalhar em Psicomotricidade, os indivíduos da amostra tinham, em média, 5.51 anos de experiência (± 5.69 anos), enquanto que, especificamente em Gerontopsicomotricidade, a sua experiência era, em média, de 5.72 anos (± 7.19 anos), sendo que 51.60% trabalhavam, ao mesmo tempo, nas duas áreas, 45.20% tinham mais experiência em Psicomotricidade e existiam 2.40% que iniciaram logo o seu percurso em Gerontopsicomotricidade.

Quanto à formação dos psicomotricistas, uma minoria fez a sua formação na antiga licenciatura, de Educação Especial e Reabilitação (7 na Faculdade de Motricidade Humana, 3 no Instituto Piaget e 4 não especificaram) e a maioria já têm a sua formação de base em Reabilitação Psicomotora (24 na Faculdade de Motricidade Humana, 22 na Universidade de Alto Douro e Trás-os-Montes, 21 na Universidade de Évora, 6 nos Institutos Piaget e 36 não especificaram). Existe ainda um caso de 1 participante que fez a licenciatura em Psicomotricidade, mas no Uruguai.

Apresentação e Discussão dos Resultados.

Em detalhe, serão apresentados os materiais (na categoria dos regularmente utilizados) com valores de utilização significativos (foram escolhidos os materiais em que, em pelo menos um tópico, a escolha era igual ou superior a 50%). Nestes, foi calculado o seu índice de flexibilidade, que corresponde ao somatório dos fatores para o qual o material é utilizado, de forma a compreender-se se o material é utilizado, ou não, para trabalhar os vários fatores dentro de cada domínio. Também aqui os dados foram calculados usando métodos de estatística descritiva, utilizando-se a versão 23 do SPSS.

No domínio sensorial ($n=95$) não serão referidos resultados em detalhe uma vez que nenhum dos materiais obedeceu a estas condições. Ainda assim, é de referir que alguns dos materiais apresentados no inquérito, são coincidentes com os enumerados

pelos psicomotricistas do estudo de Martins (2015), nomeadamente os exemplos de materiais de diferentes texturas.

Já no domínio socioemocional ($n=124$), apenas um material obteve resultados superiores a 50%, nomeadamente as lãs/ cordas / fios, com valores de 54.84% no item da cooperação e de 24.19% na competição cujo indicador de flexibilidade é de 92.74 ($\pm 2.34\%$). As cordas, são, precisamente, e de acordo com a literatura (Morais, 2007; Nuñez e González, 2012; Rodríguez, 2003), um dos materiais mais frequentes na GPM, sendo que Nuñez e González (2012) especificam, inclusivamente, a importância das cordas no domínio socioemocional em tarefas de cooperação, que vão ao encontro dos dados obtidos pelo estudo.

Nos domínios cognitivo e psicomotor, os resultados apresentam-se detalhados nas tabelas B1 e B2. Alguns dos dados da literatura com os quais se comparam os valores do estudo, não são específicos da GPM, mas sim transversais às várias áreas da Psicomotricidade, dada a inexistência de valores concretos para a população idosa.

Os jogos de correspondência, aqui com maiores resultados ao nível da *atenção*, são referidos pelos psicomotricistas que participaram no estudo de Martins (2015), ainda que, neste, sejam referidos como forma de trabalhar os aspetos ligados à *noção do corpo* e à *motricidade global*.

Tabela B1 - Domínio Cognitivo: materiais mais selecionados e regularmente utilizados ($n=100$)

Material	Memória	Planeamento Motor	Resolução de Problemas	Inibição	Atenção	Linguagem	Cálculo	Indicador de Flexibilidade
Jogos de correspondência	57.00%	39.00%	50.00%	10.00%	68.00%	29.00%	23.00%	55.45% (± 2.52)
Jogos de 2D/3D	49.00%	49.00%	47.00%	6.00%	56.00%	19.00%	14.00%	59.59% (± 2.15)
Fotografias	51.00%	23.00%	32.00%	17.00%	53.00%	51.00%	11.00%	55.45% (± 2.33)
Objetos reais do quotidiano	52.00%	39.00%	39.00%	11.00%	44.00%	46.00%	15.00%	57.89% (± 2.92)
Jogos de memória	67.00%	27.00%	43.00%	11.00%	66.00%	45.00%	15.00%	56.96% (± 2.39)

A utilização de objetos reais, que são familiares às pessoas idosas, são uma das sugestões de Moraes (2007), Nuñez e González, (2012) e Rodríguez (2003), bem como as fotografias (Madera, 2005; Nuñez e González, 2012; Rodríguez, 2003). No domínio

cognitivo, apesar dos instrumentos musicais constarem na literatura como uma forma de estimular a memória (Gallego e García, 2016), neste estudo não obteve resultados significativos, havendo apenas 22.00% dos inquiridos a afirmar que utiliza, com regularidade, este instrumento para estimular a *memória*.

Tabela B2 - Domínio Psicomotor: materiais mais selecionados, regularmente utilizados (n=76)

Material	Tónus	Equilíbrio	Noção do corpo	Noção de tempo	Noção de espaço	Coordenação / Motricidade Global	Motricidade Fina	Indicador de Flexibilidade
Paus / canas / tubos	52.63%	47.37%	35.53%	14.47%	50.00%	63.16%	28.95%	64.41% (±2.69)
Objetos de pequena dimensão	32.89%	5.26%	31.58%	10.53%	46.05%	-	73.68%	41.89% (±2.47)
Pinos pesados (garrafas com areia)	39.47%	27.63%	22.37%	9.21%	26.32%	50.00%	18.42%	50.00% (±2.83)
Cadeiras	57.89%	65.79%	56.58%	17.11%	48.68%	55.26%	7.89%	61.47% (±2.50)
Arcos	48.68%	73.68%	53.94%	25.00%	77.63%	77.63%	25.00%	64.29% (±2.53)
Argolas	26.32%	27.63%	21.05%	5.26%	38.16%	52.63%	25.00%	50.56% (±2.75)
Pinos leves	32.89%	40.79%	17.11%	11.84%	43.42%	59.21%	17.11%	52.44% (±2.56)
Bolas	36.84%	35.53%	40.79%	13.16%	32.89%	51.32%	30.26%	56.20% (±2.92)
Balões	55.26%	52.63%	48.68%	25.00%	52.63%	63.16%	26.32%	66.17% (±3.05)
Redes	53.95%	53.95%	25.00%	22.37%	65.79%	86.84%	39.47%	52.63% (±2.87)

Dos materiais mais referidos no estudo, há alguns que vão ao encontro dos referidos na literatura (Madera, 2005; Nuñez e González, 2012; Rodríguez, 2003) como os mais utilizados na GPM, nomeadamente os arcos e os balões.

Especificando o caso dos balões, Nuñez e González (2012) apontam-nos como um material útil para trabalhar o *equilíbrio*, o que é corroborado pelo estudo, onde 52.63% dos psicomotricistas inquiridos afirma utilizá-los, com regularidade. Já Aragón (2012) acrescenta a utilidade tanto dos balões como das bolas para trabalhar a *coordenação*, o que também está em concordância com os dados obtidos, uma vez, dos psicomotricistas inquiridos, estes utilizam, com regularidade, tanto os balões (63.16%) com as bolas (51.32%).

Os arcos foram outro dos materiais sugeridos por Aragón (2012) para trabalhar tanto aspetos da *organização espacial* como da *coordenação*, o que vai ao encontro dos resultados obtidos (ambos com uma percentagem de utilização, com regularidade, de 77.63%).

Em comparação ao estudo de Martins (2015), outro dos pontos em comum, apesar de que com menor percentagem de resposta, diz respeito à utilização de pinos leves tanto para o objetivo da *noção do corpo* como da *motricidade global*.

Ainda relativamente à noção do corpo, um dos materiais referidos pelos psicomotricistas, ao nível das respostas abertas, foi a utilização do espelho (39.50%), aspeto curioso por esta não ser uma das opções pré-selecionadas para o material e por, conforme aponta Rodríguez (2003) requerer especial cuidado, uma vez que, com o avançar da demência, confrontar a pessoa com a sua imagem, pode gerar sentimentos de angústias.

Comparando à investigação de Martins (2015), há um resultado em grande concordância, nomeadamente a utilização de materiais de pequenas dimensões, que em ambos os estudos aparece como meio para trabalhar a *motricidade fina*. Estes materiais, de uma forma geral, são frequentes nas sessões de GPM (Madera, 2005; Nuñez e González, 2012; Rodríguez, 2003), e Nuñez e González (2012) reforçam a importância dos mesmos no trabalho ao nível da *motricidade fina*.

Paralelamente, analisou-se a possibilidade de relação da influência do género (feminino ou masculino), contexto onde os psicomotricistas trabalhavam (meio institucional ou comunitário) e tempo de experiência (comparando o tempo a trabalhar em GPM ou noutras áreas da psicomotricidade, se este é maior ou menor ou igual). Para tal, e de forma a cruzar variáveis nominais, utilizou-se o teste de independência qui-quadrado (com a correção de continuidade de Yates nas tabelas 2x2).

Daqui, verificaram-se poucas relações, sobretudo no género, onde o resultado de maior relação não foi estatisticamente significativo, tendo um $p=.06$ e indicando que, no domínio psicomotor, no caso do paraquedas, este é mais utilizado pelos psicomotricistas do género feminino.

Especificando os resultados da tabela B3, verifica-se que, comparando os resultados do contexto, no domínio socioemocional os jogos de tabuleiro são mais usados na instituição. Já no domínio cognitivo, todos os materiais são mais utilizados na instituição.

Tabela B3 – Influência do contexto e do tempo de experiência na escolha dos materiais

Contexto		
Domínio Socioemocional	Jogos de tabuleiros (normais ou ampliados)	0.01
	Cartas de jogar (normais ou ampliadas)	0.03
Domínio Cognitivo	Mandalas	0.03
	Mapas	0.02

Tempo de Experiência		
Domínio Cognitivo	Puzzles	0.04

No que diz respeito ao tempo de experiência, apenas os puzzles tiveram uma diferença significativa, estes são mais utilizados pelos psicomotricistas com igual tempo de experiência em GPM e noutras áreas da Psicomotricidade.

De um ponto de vista oposto, com respostas em plena concordância, quando analisado o género, registou-se uma homogeneidade de respostas no domínio cognitivo (mandalas, *twister* e mapas), no sensorial (materiais com diferentes temperaturas) e no psicomotor (cadeiras, instrumentos musicais, material insuflável, pinças, molas, bastões de espuma, tecidos / mantas / lenços e bolas de exercício). Estes resultados voltaram a registar-se, fazendo-se comparações entre o contexto, ao nível psicomotor, nos seguintes materiais: paus / canas / tubos, pinos pesados, arcos, argolas, bastões de espuma e bolas de exercício.

Por último, foi também testado a possibilidade de diferenças entre os licenciados em Educação Especial e Reabilitação e em Reabilitação Psicomotora, mas voltou a não se verificar diferenças estatisticamente significativas, ao contrário da hipótese levantada por Martins (2015), que estabeleceu uma associação entre os formados pré Bolonha com uma maior frequência de utilização de materiais mais instrumentais.

Limitações e Sugestões

Em primeiro lugar, para trabalhos futuros, poderiam ser realizados algumas alterações ao questionário, nomeadamente na obrigatoriedade de resposta como o local de formação e na categorização dos anos de experiência, para que pudesse ser possível analisar a influência destas condições com mais detalhe.

Outra das limitações passou pela incerteza do número de psicomotricistas a trabalhar em Portugal, nomeadamente em GPM, o que não permite ter a certeza da representatividade da amostra. Esta dificuldade já ultrapassa a realização do estudo, mas um trabalho a este nível, com articulação das universidades formadoras e da associação profissional, de forma a conhecer-se a realidade de trabalho dos psicomotricistas, poderá ser útil para diversas questões, inclusive para melhorar o rigor das investigações.

Por outro lado, o facto de ser um estudo exploratório, fez como que houvesse uma grande diversidade de materiais, o que implicou a realização de um questionário muito grande, que poderá justificar a desistência de alguns participantes ao longo da realização do mesmo.

Sendo a temática dos materiais ainda pouco abordada, sobretudo em GPM, a discussão dos resultados tornou-se pobre, dada a falta de dados na literatura.

Outro ponto curioso passou pelo facto de, e sendo uma tema recorrente pelos benefícios que pode trazer, as tecnologias não foram um aspeto referido na primeira fase do estudo por parte dos psicomotricistas, pelo que não foi alvo de posterior investigação.

Para estudos futuros sugere-se a realização de investigações mais específicas, como, por exemplo, explorar que materiais são utilizados para um fator em concreto, percebendo-se, inclusive, as possibilidades de atividades associadas a uma lista menor de materiais. Por outro lado, e dado o número de estudos que começa a aparecer na literatura, ao nível da utilização de bonecos com a figura humana nas pessoas com demências mais avançadas, poderá ser interessante perceber de que forma é que este é um material que pode facilitar o trabalho de alguns objetivos definidos pelo psicomotricista. Outro dos pontos que não constou no questionário, foi o trabalho ao nível da agitação e da apatia, para a qual já há sugestão de alguns materiais (como os de estimulação sensorial e os instrumentos musicais) e que é uma possibilidade para investigações posteriores. Por último, este tipo de estudo poderá ser feito com a perceção das pessoas idosas, não com a tentativa de compreender a que materiais associam objetivos de intervenção, mas perceber que materiais preferem e a forma como os exploram.

Conclusões

O presente estudo retrata a experiência dos psicomotricistas (n=124) em GPM ao nível da utilização dos materiais, nos domínios socioemocional, cognitivo, sensorial e psicomotor.

Pelas análises realizadas, é possível compreender que os anos de experiência, o contexto de trabalho, a formação e o género, não parecem influenciar a escolha dos materiais.

Nos domínios sensorial e socioemocional, não foram encontrados materiais muito utilizados, e com elevada frequência, pelos psicomotricistas para trabalhar os fatores destes domínios.

No domínio cognitivo há uma reduzida utilização de materiais para trabalhar a *inibição* e estes baixos valores voltam a verificar-se no domínio psicomotor, no fator referente à *noção de tempo*.

Por outro lado, é no trabalho dos fatores da *memória* e da *atenção*, no domínio cognitivo, que são utilizados mais materiais. E, no domínio psicomotor, tal facto acontece com a *coordenação / motricidade global*.

Dos materiais utilizados regularmente, é possível verificar que todos têm um indicador de flexibilidade superior a 50%, o que significa que os materiais que os psicomotricistas utilizam regularmente, são úteis para trabalhar mais do que um fator. Do referido índice de flexibilidade, destacam-se com os valores mais elevados (superiores a 60%), os dos paus / canas / tubos, os arcos e os balões, todos eles do domínio psicomotor.

Conforme se constata, dada a extensão do estudo, os resultados traduzem uma visão geral da utilização da utilização dos materiais em GPM, por parte dos psicomotricistas com experiência neste âmbito que, na sua grande maioria, são concordantes com a literatura existente. Assim, estes dados poderão ser um ponto de partida para posteriores investigações mais específicas.

Lista de Referências

- Alander, H., Prescott, T. e James, I. (2015). Older adults's views and experiences of doll therapy in residential care homes. *Dementia*, 14(5), 574-588. doi: 10.1177/1471301213503643
- Albaret, J.-M. e Aubert, E. (2001). Aspects psychomoteurs du vieillissement normal. In Albaret, J.-M. e Aubert, E. (Ed.). *Vieillesse et Psychomotricité* (pp. 15-44). Marseille: SOLAL.
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Belchior, P., Marsiske, M., Sisco, S. M., Yam, A., Bavelier, D., Ball, K. e Mann, W. C. (2013). Video game training to improve selective visual attention in older adults. *Computers in Human Behavior*, 29 (4), 1312-1324. doi: 10.1016/j.chb.2013.01.034
- Bisiani, L. e Angus, J. (2013). Doll therapy; a therapeutic means to meet past attachment needs and diminish behaviours of concern in a person living with dementia - a case study approach. *Dementia*, 12(4), 447-462. doi: 10.1177/1471301211431362
- Cantarella, A., Borella, E., Carretti, B., Kliegel, M. e Beni, R. (2017). Benefits in tasks related to everyday life competences after a working memory training in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(1), 86-93. doi: 10.1002/gps.4448
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Dakheel-Ali, M., Regier, N. e Marx, M. (2010). The value of social attributes of stimuli for promoting engagement in persons with dementia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 586-592. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181e9dc76

- Fonseca, V. (2001). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Rétrogénese Psicomotora. In V. da Fonseca e R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 177-219). Lisboa: Edições FMH.
- Gallego, M. G. e García, J. G. (2016). Musicoterapia en la enfermedad de Alzheimer: Efectos cognitivos, psicológicos y conductuales. *Neurología*, 32(5), 300-308. doi: 10.1016/j.nrl.2015.12.003
- Green, L., Matos, P., Murillo, I., Neushotz, L., Popeo, D., Aloysi, A., Samuel, J., Craig, E., Porter, C. e Fitzpatrick, J. (2011). Use of dolls as a therapeutic intervention: relationship to previous negative behaviors and pro re nata (prn) haldol use among geropsychiatric inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 388-389. doi: 10.1016/j.apnu.2011.05.003
- Hilion, A. (2015). Maladie d'Alzheimer et psychomotricité. In E. W. Pireyre (Ed.). *Cas pratiques en psychomotricité* (pp. 252-269). Paris: Dunod.
- Ho, S.-Y., Lai, H.-L., Jeng, S.-Y., Tang, C.-W., Sung, H.-C e Chen, P.-W. (2011). *The effects of researcher-composed music at mealtime on agitation in nursing home residents with dementia*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), 49-55. doi: 10.1016/j.apnu.2011.08.006
- Klencklen, G., Lavenex, P., Bardner, C. e Lavenex, P. (2017). Working memory decline in normal aging: Is it really worse in space than in color? *Learning and Motivation*, 57, 48-60. doi: 10.1016/j.lmot.2017.01.007 0023-9690
- Madera, M. R. (2005). A relação interpessoal na psicomotricidade em pessoas com demência. *A Psicomotricidade*, 6, 47-55.
- Martins, A. L. S. (2015). *Práticas, Contextos e Materiais dos Psicomotricistas Portugueses* (Dissertação não publicada elaborada com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana / Universidade de Lisboa. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/8696>
- Mátias-Guiu, J. A., Pérez-Martínez, D. a. e Mátias-Guiu, J. (2016). Estudio piloto de un nuevo método de estimulación aritmética empleando el ábaco en ancianos sanos y con trastorno cognitivo. *Neurología*, 31(5), 326-331. doi: 10.1016/j.nrl.2015.02.002
- Mitchell, G. e Templeton, M. (2014). Ethical consideration of doll therapy for people with dementia. *Nursing Ethics*, 21(6), 720-730. doi: 10.1177/0969733013518447
- Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *A Psicomotricidade*, 10, 25-33.
- Munk, N. e Zanjani, F. (2011). Relationship between massage therapy usage and health outcomes in older adults. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 15(2), 177-185. doi: 10.1016/j.jbmt.2010.01.007
- Núñez, J.A.G. e González, J. M. M. (2012). *Psicomotricidad y Ancianidad*. Madrid: CEPE.
- Olalla, L. G. (2009). Reapropiación y conciencia corporal en la tercera edad a través de la psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* 33(9), 27-34.

- Pace, V., Treloar, A., Scott, S. e Watson, M. (2011b). Some other therapies. In V. Pace, A. Treloar e S. Scott, S. (Ed.). *OSH Dementia: From advanced disease to bereavement* (pp. 383-390). Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199237807.003.0079
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Pezzatti, R., Molteni, V., Bani, M., Settanta, C., Maggio, M., Villa, I., Poletti, B., Ardito, R. (2014). Can doll therapy preserve or promote attachment in people with cognitive, behavioral, and emotional problems? A pilot study in institutionalized patients with dementia. *Frontiers in Psychology*, 5, 342-350. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00342
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rodríguez. E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: Una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(3), 13-28.
- Schaadt, A. K. e Kerkhoff, G. (2016). Vision and visual processing deficits. In M. Husain e J. M., Schott (Ed.). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 147-160) Oxford: Oxford University Press. doi: 10.1093/med/9780199655946.003.0014

Anexo C – Gerontopsicomotricidade na Comunidade | AEFMH

Os programas da comunidade apresentam-se como uma resposta face aos declínios do envelhecimento, de um ponto de vista físico, psíquico e emocional (O'Toole et al., 2016; Shanahan, et al., 2016) e relacional (Papageorgiu, Marquis, Dare, e Batten, 2016). Desta forma, o presente capítulo pretende dar a conhecer a inclusão da GPM num programa comunitário, apresentando-se este, em primeiro lugar, de seguida a avaliação das pessoas que integraram as sessões, os objetivos trabalhados, a estrutura das sessões e a reflexão de todas as componentes referidas.

O Programa

O projeto de GPM na comunidade esteve inserido no plano de atividades da Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana (AEFMH), denominado como AEFMH65+. Este foi criado em julho de 2015, pela Direção Executiva da AEFMH, em colaboração com alunos de Reabilitação Psicomotora que também integravam a AEFMH sendo que, no caso concreto da GPM na comunidade, iniciou-se um protocolo de colaboração com a União das Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada e Dafundo (UFALCD) em setembro de 2015, de modo a que em outubro desse mesmo ano, comesçassem a ser dinamizadas sessões, pelos alunos de mestrado em Reabilitação Psicomotora e, simultaneamente, membros da AEFMH, no pólo de atendimento da UFALCD na Cruz Quebrada. Na Dinâmica Sénior, já existiam as atividades do coro musical, atelier de artes decorativas, aulas de informática, tardes temáticas e passeios culturais.

No primeiro ano (outubro de 2015 a junho de 2016) realizaram-se duas sessões semanais de uma hora, com diferentes grupos, enquanto que no segundo ano (outubro de 2016 a maio de 2017) apenas se realizou uma sessão por semana (devido ao número de participantes), também de uma hora. Ao longo dos dois anos de projeto, o AEFMH65+ esteve sempre enquadrado com a forma de funcionamento no programa *Dinâmica Sénior*, transversal a todas as freguesias da UFALCD. Nas atividades deste programa, poderiam participar as pessoas residentes numa das freguesias da união e com mais de 65 anos.

Os dados mais detalhadamente apresentados, referem-se a parte do segundo ano de projeto, nomeadamente entre janeiro e maio de 2017, uma vez que foi esta a data que coincidiu com a realização do estágio e nos meses de novembro e dezembro não houve recolha de dados.

Em 2016/17, as sessões realizaram-se às terças-feiras, sempre no pólo de atendimento da Cruz Quebrada, entre as 14h30 e as 15h30, havendo uma média de 8 participantes por sessão (± 1.45). Neste ano letivo, passaram pelo projeto 15 pessoas (13 do género feminino e duas do género masculino) cuja média de idades foi de 76.44 (± 5.15).

Os objetivos gerais da Dinâmica Sénior, em comum com o AEFMH65+ e presentes na literatura, passaram pela promoção da autoeficácia e consequente melhoria física, psicológica e emocional, conforme também referem, como objetivos de programas na comunidade, O'Toole et al. (2016) e Shanahan et al. (2016), minimizando o isolamento social provável nesta fase da vida (Jung, Shin e Choi, 2015; Nuñez e González, 2012; Papageorgiou et al., 2016).

Avaliação Inicial

No início do programa realizou-se uma adaptação do *Exame Gerontopsicomotor*, de forma a que as tarefas pudessem ser aplicadas em grupo, dado o facto de não haver horário para uma avaliação individual. Contudo, esta avaliação não foi bem-sucedida, por um lado, por os participantes considerarem as tarefas demasiado fáceis e, por outro, o facto de ser feito em grupo, condicionar as respostas individuais de cada um. Assim, de forma a realizar a monitorização do projeto, no final de cada sessão, e conforme salientam Aragón (2012) e Morais (2007) era feito um pequeno registo sobre os participantes, avaliando-se os seguintes pontos: tipo de ajuda ou adaptação da tarefa necessário, interação com a psicomotricista, interação com o grupo, tempo de resposta, desvios de atenção, postura da pessoa idosa, tarefa onde teve mais facilidade e tarefa onde teve mais dificuldade. Nestes tópicos, era feito um pequeno registo qualitativo.

Objetivos

Aquando da definição dos objetivos, em primeiro lugar, teve-se em consideração a preocupação dos participantes, que nomearam o equilíbrio e a memória como áreas que consideravam importantes ser trabalhadas. Assim, no que diz respeito ao equilíbrio, foi dado grande enfoque ao equilíbrio dinâmico uma vez que, e como refere a literatura, em sessão de GPM devem ser criadas situações que simulem o caminhar em pavimentos instáveis e onde existam mudanças de direção (Nuñez e González, 2012; Pereira, 2004), realizando-se uma tarefa cognitiva em simultâneo (Bruce-Keller et al, 2012; Diaz-Pegrina, Cabrera-Martos, López-Torres, Rodríguez-Torres e Valenza 2016) uma vez que os fatores enumerados traduzem as situações de maior risco de queda (Borges, Radanovic e Forlenza, 2015).

Por outro lado, especificando a questão da memória, este é um dos fatores a que as pessoas idosas estão mais atentas (Peña, Carrasco, Luque, e García, 2012), sendo inclusive um dos mais afetados no processo de envelhecimento (Horning e Davis, 2012). Ainda assim, e como todas as funções cognitivas estão relacionadas (Horning e Davis, 2012) procurou-se que as restantes não fossem descuradas.

Por último, e por nas restantes atividades, apesar de serem realizadas em grupo, nem todas implicavam interação entre os participantes, motivo pelo qual, considerou-se esta questão como um dos objetivos do projeto uma vez que, e conforme apontam Nuñez e González (2012), as sessões de GPM, são um espaço de criação de relações interpessoais, contrariando os sentimentos de baixa eficácia (Jung et al., 2015; Nuñez e González, 2012) e consequente desinvestimento na rotina (Jung, Shin e Choi, 2015).

Estrutura das Sessões

As tarefas propostas, tinham como intuito colmatar as dificuldades consequentes do envelhecimento e prejudiciais na autonomia (Jung et al., 2015; Nuñez e González, 2012), dando resposta aos objetivos anteriormente apresentados.

Assim, e respeitando as recomendações da literatura referentes à estrutura das sessões de GPM, as mesmas tiveram um ritual de início e fim (Vásquez e Mila, 2014), onde o momento central foi, por excelência, a altura de trabalhar os objetivos previamente definidos (Rodríguez, 2003). Paralelamente, também o tempo e o número de participantes foram ao encontro do referido por Rodríguez (2003), sendo que a definição destas condições estabeleceram-se logo no primeiro ano letivo de projeto.

De seguida, encontram-se especificados os momentos de cada fase da sessão, bem como exemplos de atividades e materiais que facilitaram a realização dos mesmos:

- **Conversa Inicial:** momento livre de conversa entre os participantes, tornando-se um espaço privilegiado para comentarem ou aspetos da sua vida ou notícias da atualidade. Este tempo não era mediado pela psicomotricista, havendo apenas um controlo ao nível do tempo.
- **Atividade de Ativação:** focada, sobretudo, em aspetos relacionados com o equilíbrio estático e dinâmico (Pereira, 2004; Segev-Jacobovski et al) preponderantes para quem caminha em pisos irregulares como a rua. Paralelamente, também eram realizadas tarefas de coordenação, fundamental em atividades como o andar (James et al., 2016; Juhel, 2010), dada a necessidade da coordenação de grandes segmentos (Sung, 2016) e realização de tarefas focadas na inibição desses movimentos (Levin et al., 2014). Como sugestões de tarefas realizadas neste momento de sessão, enumeram-se as

coreografias, as dinâmicas com objetos grandes e fluídos como o paraquedas, a octaband ou outros tecidos, jogos com balões, manipulação simultânea de objetos grandes, construção de teias e realização de percursos com diferenças de piso e que implicassem mudanças de direção. Sempre que possível, os participantes executavam todas as tarefas de pé ou com momentos que implicassem movimento.

- **Atividade de Interação:** aqui realizavam-se jogos de competição de equipas, não só para fortalecer o sentimento de pertença ao grupo (Vásquez e Mila, 2014) mas por, com o passar do tempo, ser notório que a competição era uma estratégia que potenciava um maior envolvimento na atividade. Assim, de propostas lúdicas, recorreu-se, frequentemente, àquelas onde o sucesso das equipas fosse pontuado, tarefas onde era criada uma condicionante que implicasse ter a ajuda do outro para o sucesso da atividade (foram exemplos disso jogos realizados de olhos fechados ou sem poder falar) e dinâmicas com objetos de grandes dimensões, como os paraquedas ou as teias.
- **Atividade de Cognição:** dentro dos aspetos que a cognição envolve, deu-se mais enfoque à memória, por ser uma questão que muito preocupa a população uma vez que, por norma, as falhas a este nível são um dos sinais a que as pessoas idosas estão mais atentas (Peña et al., 2012). Simultaneamente, estimularam-se outros aspetos preponderantes para quem mantém uma vida em comunidade (atenção, resolução de problemas, velocidade de ação reação e cálculo), sendo todos eles, à exceção do cálculo que não sofre grandes mudanças (Rozenchwajg, Schaeffer e Lefebvre, 2010) são fatores afetados no decorrer do envelhecimento (Horning e Davis, 2012). Para tal, realizaram-se jogos de memória, construções de figuras com objetos e com recurso ao desenho, comentários a notícias e a narração de episódios atuais ou passados da vida de cada pessoa.
- **Conversa Final:** no final da sessão, os participantes conversavam sobre a pertinência das atividades, o que tinham gostado mais e menos, o que iriam fazer de seguida e, por vezes, planeavam alguns programas que iriam realizar em conjunto. A transferência das relações criadas em sessão para o contexto real era uma das grandes preocupações desta dinâmica, que se verificou com sucesso, salientando-se, novamente, a utilização destes projetos como método de combate ao isolamento (Jung et al., 2015; Papageorgiou et al., 2016).

Na tabela C1, estão resumidos os objetivos aos quais foi dado mais enfoque em cada sessão. É de referir que, tal como em meio institucional, apesar de haver objetivos trabalhados com mais enfoque em cada sessão, havia outros que acabavam por estar implícitos em algumas atividades.

Tabela C1 - Objetivos trabalhados nas sessões

	Equilíbrio Dinâmico	Coordenação dinâmica global	Coordenação oculomaneu	Noção de espaço	Motricidade fina	Memória a longo prazo	Memória a curto prazo	Atenção	Controlo da impulsividade	Velocidade de ação reação	Linguagem	Criatividade	Cooperação	Competição
17 de janeiro		X					X						X	X
24 de janeiro				X	X	X					X	X	X	
31 de janeiro	X	X											X	X
7 de fevereiro			X					X		X	X			X
14 de fevereiro	X		X				X						X	
21 de fevereiro			X			X							X	
7 de março			X			X					X		X	
14 de março							X		X			X	X	
21 de março		X					X						X	
28 de março		X											X	
4 de abril	X	X	X				X	X					X	X
11 de abril		X						X			X		X	
18 de abril	X		X										X	X
2 de maio	X	X					X						X	
9 de maio		X				X					X		X	
16 de maio				X								X		X
22 de maio								X		X	X			X
31 de maio					X		X					X	X	
Total	5	8	6	2	2	4	7	4	1	2	6	4	15	7

Avaliação Final

Na última sessão, que foi antecipada devido à realização de atividades temáticas, fez-se um balanço do ano letivo com os participantes, onde todos refletiram sobre a pertinência do projeto. Daqui, destacam-se duas grandes vantagens do programa, enumerados pelas pessoas idosas que frequentaram as sessões. Em primeiro lugar a existência de uma estimulação a vários níveis “todos os jogos que fizemos foram ótimos para a mente e para o corpo” e, depois, o facto de ser considerado um momento positivo “é uma aula que me deixa relaxada e muito bem-disposta”, “quando venho a minha cabeça distrai-se e não penso nos problemas da vida”, referiram. Todos estes fatores enumerados pelos participantes vão ao encontro das perceções das pessoas idosas do estudo de Khoo,

Schaik e McKenna (2014) que, igualmente, destacam a importância dos programas com uma estimulação cognitiva e motora, que sejam divertidos, relaxantes, lhes proporcionem momentos que os façam focar noutras questões que não os problemas das suas vidas.

Sendo este um programa onde as pessoas iam apenas se quisessem, a presença regular pode também ser considerado como um indicador de avaliação do programa. O registo de presenças é apresentado na tabela C2, onde é possível verificar que houve seis pessoas que transitaram do programa de 2015/16 para o de 2016/17, sete que experimentaram ir a uma sessão e que se mantiveram no programa e uma pessoa que foi apenas numa sessão, pelo que o balanço é positivo. Aqui, também é possível verificar-se a criação de uma nova rotina na grande maioria dos participantes, aspeto que, segundo Tkatch (2017), contribui para uma visão positiva do envelhecimento.

Tabela C2 - Lista de presenças nas sessões de GPM

	17 de janeiro	24 de janeiro	31 de janeiro	7 de fevereiro	14 de fevereiro	21 de fevereiro	7 de março	14 de março	21 de março	28 de março	4 de abril	11 de abril	18 de abril	2 de maio	9 de maio	16 de maio	22 de maio	31 de maio	Total
♀ ¹	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	18
♀	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16
♀ ¹	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	16
♀		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	16
♀ ¹	X	X	X	X				X		X	X		X	X	X	X	X		13
♀ ¹		X		X	X	X	X		X	X	X	X				X	X	X	12
♀	X	X	X	X		X	X		X	X			X		X		X	X	12
♀					X	X	X		X	X	X	X		X		X	X	X	11
♂		X		X	X	X	Queda		X	X	X		X	X	X				10
♂									X	X	X	X	X	X					6
♀ ¹	X	X		Instabilidade clínica					X			Instabilidade clínica					X	X	5
♀														X			X	X	3
♀					X	X	X					Instabilidade clínica							3
♀	X																		1
♀ ²		X																	1
Total	7	9	5	8	8	8	8	5	10	10	9	7	9	9	7	7	9	9	

Legenda:¹Já tinham frequentado o programa no ano letivo 2015/16.

² Não pertencia à dinâmica da Cruz Quebrada, pontualmente foi convidada pela assistente social.

Conclusões

Sabendo-se que ao envelhecimento estão associados declínios inevitáveis que podem ser compensados por boas redes de apoio (Uribe, 2015; Tkatch, 2017), a continuação de uma participação ativa (Días-López et al., 2017; Uribe 2015), a manutenção das rotinas (Tkatch, 2017) e o estabelecimento de uma boa relação com os outros (Días-López et al., 2017; Fisher e Specht, 1999) e que a GPM tem nos seus grandes objetivos a criação de interação e relação com o grupo, e consequente sentimento de pertença (Vásquez e Mila, 2014), esta terapia pode ser um contributo positivo, ao nível preventivo, sendo integrada nos programas de respostas ao envelhecimento, que são frequentes na comunidade. Para a sua integração, é importante compreender quais as respostas que já existem e de que forma o psicomotricista pode adicionar projetos ou atividades que tornem estes programas mais completos e às quais a GPM responde de forma diferenciadora.

No caso concreto do programa apresentado, em primeiro lugar, há a destacar o testemunho positivo dos participantes que estiveram em várias sessões, alguns em mais de um ano de programa, reconhecendo a pertinência dos objetivos trabalhados. Ainda neste âmbito, a criação de relações interpessoais entre os participantes, que se estenderam à dinâmica, é outra das grandes mais valias, não só resultado das sessões de GPM, como de todas as atividades propostas pela *Dinâmica Sénior*. Na base desta criação de relação, esteve a concretização de dinâmicas motivadoras e onde as pessoas reconheceram os benefícios, de forma a que, e uma vez que é um programa sem obrigatoriedade e custos de participação, levasse as pessoas a deslocarem-se com regularidade ao espaço das sessões.

Na GPM, um dos pontos diferenciadores foi o facto dos objetivos definidos, partirem, em primeiro lugar, das preocupações que cada uma das pessoas idosas sentia. Tal facto deveu-se, em grande parte, à grande consciência e capacidade de reflexão que cada uma das pessoas tinha em relação ao seu processo de envelhecimento. Esta participação ativa, de forma a promover sentimentos de autoeficácia também está na base de uma visão positiva do envelhecimento, conforme apontam Fisher e Specht (1999).

Ainda assim, seria importante em programas futuros criar formas mais estruturadas de avaliação inicial e final, percebendo-se mais quantitativamente o impacto deste tipo de intervenção. Também na continuação do programa, seria interessante a realização de reuniões entre todos os profissionais envolvidos na dinâmica, de forma a não só monitorizar o projeto, como a acompanhar alguns casos mais de perto, especificamente aqueles que

começam a apresentar sinais de declínios que possam comprometer a sua vida sem apoios externos sistemáticos.

Por último, e no caso concreto das sessões de GPM, e uma vez que já foi verificada a existência de criação de relação entre os participantes, seria interessante seguir a sugestão de Aragón (2012) e perceber, em concreto, se é possível começar pelas sessões em que o psicomotricista assume um papel mais ativo na gestão da sessão, priorizando os aspetos cognitivos e psicomotoras, para, depois, passar para sessões com maior enfoque socioemocional.

Lista de Referências

- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Borges, S. M., Radanovic, M., e Forlenza, O. V. (2015). Fear of falling and falls in older adults with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: A Journal on Normal and Dysfunctional Development*, 22(3), 213-221. doi: 10.1080/13825585.2014.933770
- Bruce-Keller, A. J., Brouillette, R. M., Tudor-Locke, C., Foil, H. C., Gahan, W. P., Nye, D. M., Giollory, L. e Keller, J. N. (2012). Relationship between cognitive domains, physical performance, and gait in elderly and demented subjects. *Journal of Alzheimer's Disease*, 30(4), 899-908. doi: 10.3233/JAD-2012-120025
- Díaz-López, M., Aguilar-Parra, J., López-Liria, R., Rocamora-Pérez, P., Vargas-Muñoz, M. e Padilla-Góngora, D. (2017). Skills for successful ageing in the elderly: education, well-being and health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 986-991. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.140
- Díaz-Pelegrina, A., Cabrera-Martos, I. López-Torres, I., Rodríguez-Torres, J. e Valenza, M. C. (2016). Efectos del estado cognitivo sobre las alteraciones del equilibrio y la marcha en ancianos institucionalizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(2), 88-91. doi: 10.1016/j.regg.2015.07.014
- Fisher, B. e Spetch, D. (1999). Successful aging and creativity in later life. *Journal of Aging Studies*, 13(4), 457-472. doi: 10.1016/S0890-4065(99)00021-3
- Horring, S. e Davis, H. P. (2012). Aging and Cognition. In. V. S. Ramachandran (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior* (2.^a ed., pp. 89-96). San Diego: Academic Press.
- James, E. G., Leveille, S. G., You, T., Hausdorff, J. M., Trivison, T., Manor, B., McLean, R. e Bean, J. F. (2016). Gait coordination impairment is associated with mobility in older adults. *Experimental Gerontology*, 80, 12-16. doi: 10.1016/j.exger.2016.04.009
- Juhel, J.-C. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée*. Québec: PUL et Chronique Sociale.

- Jung, H., Shin, H. H. e Choi, Y. W. (2015). The relationship between fall efficacy and activity level in older adults. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(1), 53-63. doi: 10.3109/02703181.2014.985865
- Khoo, Y. J.L., Schaik, P. e McKenna, J., (2014). The Happy Antic programme: Holistic exercise for people with dementia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 18(4), 553-558. doi: 10.1016/j.jbmt.2014.02.008
- Levin, O., Fujiyama, H., Boisgontier, M. P., Swinnen, S. P. e Summers, J. J. (2014). Aging and motor inhibition: A converging perspective provided by brain stimulation and imaging approaches. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 100-117. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.04.001
- Núñez, J.A.G. e González, J. M. M. (2012). *Psicomotricidad y Ancianidad*. Madrid: CEPE.
- O'Toole, L., Ryder, R., Connor, R., Yurick, L, Hegarty, F. e Connolly, D. (2015). Impact of a dance programme on health and well-being for community dwelling adults aged 50 years and over. *Physical e Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(4), 303-319. doi: 10.3109/02703181.2015.1088112
- Papageorgiou, N., Marquis, R., Dare, J. e Batten, R. (2016). Occupational therapy and occupational participation in community dwelling older adults: A review of the evidence. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 34(1), 21-42. doi: 10.3109/02703181.2015.1109014
- Peña, M. M., Carrasco, P. M., Luque, M. L. e García, A. I. R. (2012). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 47-56. doi: 10.1016/j.rlfa.2012.03.002
- Pereira, B. (2004). Gerontopsicomotricidade: Envelhecer melhor – da quantidade à qualidade. *A Psicomotricidade*, 4, 88-93.
- Rodríguez. E. L. (2003). Intervención psicomotriz con pacientes con demencia: Una propuesta rehabilitadora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(3), 13-28.
- Rozenzweig, P., Schaeffer, O. e Lefebvre, V. (2010). Arithmetic and aging: Impact of quantitative knowledge and processing speed. *Learning and Individual Differences*, 20(5), 452-458. doi: 10.1016/j.lindif.2010.04.009
- Segev-Jacobovski, O., Herman, T., Yogev-Seligmann, G., Mirelman, A., Giladi, N. e Hausdorff, J. M. (2011). The interplay between gait, falls and cognition: Can cognitive therapy reduce fall risk. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11(7), 1057-1075. doi: 10.1586/ern.11.69
- Shanahan, J., Coman, L., Ryan, F., Saunders, J., O'Sullivan, K., Bhriain, O. N. e Clifford, A. -m. (2016). To dance or not to dance? A comparison of balance, physical fitness and quality of life in older Irish set dancers and age-matched controls. *Public Health*, 141, 56-62. doi: 10.1016/j.puhe.2016.07.015

- Sung, P. S. (2016). Different coordination and flexibility of the spine and pelvis during lateral bending between young and older adults. *Human Movement Science*, 46, 229-238. doi: 10.1016/j.humov.2016.01.001
- Tkatch, R., Musich, S., MacLeod, S., Kraemer, S., Hawkins, K., Wicker, E. e Armstrong, D. (2017). A qualitative study to examine older adults' perceptions of health: keys to aging successfully. *Geriatric Nursing*, 38(6), 485-490. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.02.009
- Uribe, A. (2015). Perceptions of successful aging among mexican older adults. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 9-17. doi: 10.5460/jbhshi.v7.2.52888
- Vázquez, S. e Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binomio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39,59-77.

Anexo D – Análise da Acessibilidade

A presente análise da acessibilidade teve, como principal intuito, perceber quais as facilidades e dificuldades ao nível da utilização dos espaços por parte dos residentes. Assim, esta foi construída com base nas tarefas que as pessoas realizavam nos espaços, criando-se categorias com as limitações que apresentavam. De seguida, serão referidas as análises de acessibilidade das divisões da casa utilizadas pelos residentes, nomeadamente o ginásio, a sala de estar, a sala de refeições, os quartos, as casas de banho, o elevador, o terraço e o consultório médico.

Antes de mais, na figura D1, são expostas algumas fotografias da casa.

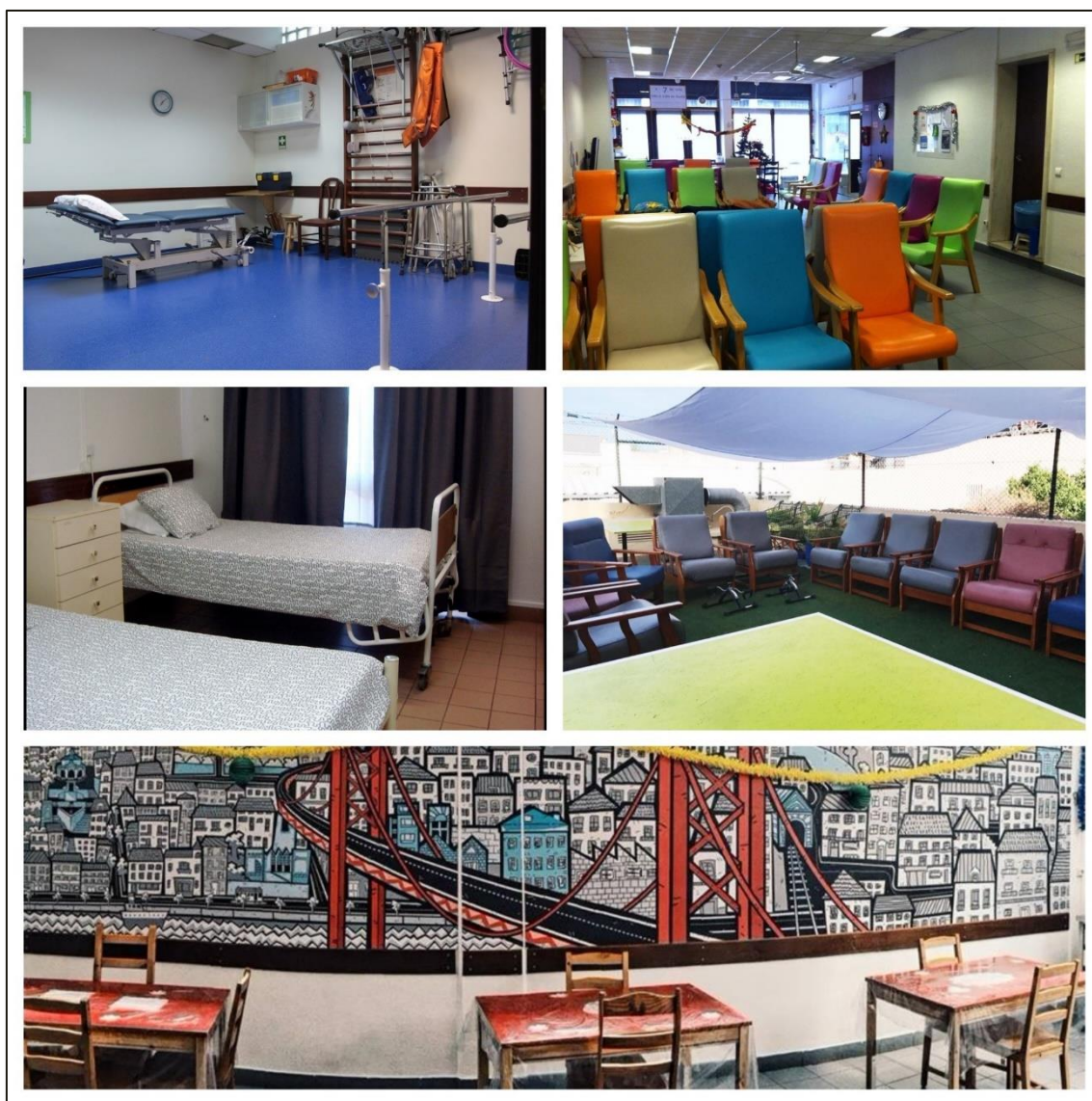


Figura D1 - Espaços da casa (ginásio, sala de estar, quarto, terraço e sala de refeições).

Tabela D1 - Análise da acessibilidade do ginásio

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Chegar ao ginásio	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Entrar no ginásio	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Deslocar-se no ginásio	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Sentar-se e levantar-se nas cadeiras	2	1	0	0	-	1	0	0	0	0	0	0
Usar as barras de marcha	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Usar as pedaleiras	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Facilitadores	Contraste de cores entre o chão e as paredes; Piso sem declives; Puxadores das portas; Placas de sinalização											
Limitadores	-											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

De uma forma geral, e pelo facto de, no ginásio, haver grande espaço de circulação, facilitava a deslocação do mesmo para pessoas com mobilidade reduzida. Este espaço, por ser destinado sobretudo às terapias, também tinha como mais valia o facto de estar continuamente a ser adaptado em função do pretendido, sendo exemplo disso a colocação de cadeiras, a organização dos materiais fixos existentes ou a alteração dos estímulos visuais

Tabela D2 - Análise da acessibilidade da sala de estar

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Entrar pela entrada principal	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Entrar pela entrada secundária	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deslocar-se na sala	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1
Sentar-se e levantar-se nos cadeirões	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Identificar o respetivo cadeirão	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Chegar à mesa de atividades	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Sentar-se na mesa de atividades	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Facilitadores	Cadeirões com cores contrastantes; Piso sem declives											
Limitadores	Cores das cadeiras pouco contrastantes; Espaço para a cadeira de rodas girar sobre si; Lugares não assinalados											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

Na sala de estar, destacava-se a existência de cadeirões com cores contrastantes, aspeto que se verificava útil em dois âmbitos. Por um lado, eram benéficos para pessoas com dificuldades na visão, por ser mais fácil compreender a cor da sua cadeira, devido ao contraste e, por serem de cores diferentes, facilitava que cada pessoa decorasse qual era o seu lugar.

Ainda neste espaço, é de referir que, apesar de ser difícil fazer rodar as cadeiras de rodas, dadas as limitações de espaço, houve uma frequente preocupação de ajustar os lugares da sala para que as transferências do cadeirão para a cadeira fossem facilitadas. Contudo, estas alterações, por vezes, implicavam mudar os residentes de lugar, o que nem sempre era do agrado dos mesmos.

Tabela D3 - Análise da acessibilidade da sala de refeições

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Entrar na sala de refeições	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deslocar-se na sala de refeições	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sentar-se e levantar-se das cadeiras	0	0	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0
Identificar o lugar na sala de refeições	2	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
Manipular os objetivos dispostos na mesa	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	1
Facilitadores	Piso sem declives Altura das mesas											
Limitadores	Cores das cadeiras pouco contrastantes Espaço para a cadeira de rodas girar sobre si Lugares não assinalados											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

Na sala de refeições, esta estava organizada tendo em conta que os residentes eram servidos à mesa, havendo pouca movimentação no espaço, no horário das refeições. Ainda assim, verificaram-se algumas dificuldades na circulação das cadeiras de rodas no espaço.

Tabela D4 - Análise da acessibilidade dos quartos

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Entrar no quarto	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Deslocar-se no quarto	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Identificar a respetiva cama / armários	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Levantar	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
Deitar	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0
Abrir armários	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0
Retirar roupa dos armários	0	0	0	0	2	1	2	0	2	0	0	0
Vestir / despir roupa	1	1	0	0	1	1	2	1	2	0	0	1
Abrir gavetas	0	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0
Usar interruptores	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Facilitadores	Piso sem declives Nomes dos residentes na porta											
Limitadores	Indiciação dos quartos superior à altura dos olhos Não indicação dos nomes nas camas e armários											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

Apesar de o poderem fazer, a grande maioria dos residentes optava por passar pouco tempo no quarto, sendo um espaço pouco utilizado durante o dia. A par dos dados referidos na tabela, uma sugestão interessante para este espaço passaria por, em todos os quartos, haver mais objetos pessoais de cada pessoa, de forma a torna-lo mais acolhedor.

Tabela D5 - Análise da acessibilidade das casas de banho

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Entrar na casa de banho	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deslocar-se na casa de banho	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Usar sanitários	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Usar o dispositivo do papel higiénico	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0
Usar lavatório	1	1	0	0	1	1	2	1	2	0	0	0
Usar o duche	1	1	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0
Usar o espelho	-	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Usar interruptores	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Facilitadores	Barras de apoio Chuveiros adaptados Piso sem declives Puxadores das portas											
Limitadores	-											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

Complementar aos dados apresentados, onde se verificava que as casas de banho tinham várias adaptações para serem utilizadas, com facilidade, pela grande maioria dos residentes, destacava-se a existência do espelho que, por não ter nenhuma proteção, obrigava sempre a pessoa a confrontar-se com a sua imagem, o que pode não ser positivo em todos os casos e, nas pessoas com alterações cognitivas avançadas, como foi anteriormente referido, poderá desencadear estados de angústia.

Tabela D6 - Análise da acessibilidade do elevador

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Abrir a porta	1	1	0	0	1	1	2	0	2	0	0	0
Entrar no elevador	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sair do elevador	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Compreender os botões	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Carregar nos botões	1	1	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Facilitadores	Piso sem declives Altura dos botões do elevador											
Limitadores	Ausência de feedback sonoro Ausência de feedback visual Puxador da porta											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

A utilização do elevador por parte dos residentes, na maioria dos casos, era feita sempre acompanhada por um ajudante ou técnico, por questões de segurança, mas, também por, devido à existência de duas portas, ser difícil a entrada e saída do mesmo. Também no elevador, existia um espelho sem proteção, o que poderia gerar situações de desconforto, pelos motivos anteriormente referidos.

Tabela D7 - Análise da acessibilidade do terraço

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Entrar no terraço	2	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
Deslocar-se no terraço	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aceder a zona de sofás	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Sentar-se nos sofás	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Facilitadores	Rampa de acesso Sinalização do terraço											
Limitadores	Porta estreita Puxador da porta											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

Espontaneamente, o terraço era pouco utilizado pelos residentes, o que em parte também se poderia dever à dificuldade em aceder ao mesmo, sobretudo para pessoas com dificuldades de mobilidade, uma vez que o trajeto até lá implicava a utilização do elevador e, para aceder propriamente ao terraço, subir uma rampa estreita. Ainda assim, positivamente, há a destacar a colocação de cadeirões confortáveis, dispostos num espaço amplo, que facilitava a circulação das pessoas.

Tabela D8 - Análise da acessibilidade do consultório médico

	Alterações na visão		Alterações na audição		Alterações nos membros inferiores		Alterações nos membros superiores			Quadros Demenciais		
	Cego total	Baixa visão	Surdo	Com problemas de audição	Utiliza cadeira de rodas	Necessita de ajuda	Não utiliza os 2 braços	Utiliza um braço	Não utiliza os dedos	Ligeiro	Moderado	Severo
Entrar no consultório	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Deslocar-se no consultório	2	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Sentar-se na secretária	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Deitar-se na maca	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Facilitadores	Piso sem declives Puxadores das portas Sinalização do consultório											
Limitadores	Sinalização do consultório superior à altura dos olhos quando sentado em cadeira											

Legenda: 0 – sem dificuldades; 1 – algumas dificuldades; 2 – muitas dificuldades.

O consultório médico apenas era utilizado pelos residentes quando era solicitado, pela equipa de enfermagem ou pela médica, que os mesmos fossem até lá e, frequentemente, eram acompanhados até ao local. Apesar de ser um espaço estreito, por não ser de comum utilização, tinha como vantagem poder ser adaptado consoante as necessidades da pessoa.

Anexo E – Exemplos de Sessões

Tabela E 1 - Exemplo de sessão (análise de caso individual)

Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos	Estratégias	Materiais	Tempo	Observações
Diálogo Inicial	Conversa direcionada para a orientação para a realidade. Pensar sobre o que já realizaram no dia até ao momento da sessão.	Orientação para a realidade Memória a curto prazo			5'	Dificuldade no reconhecimento do espaço 'pm: estamos no giná... ; a: ginásio'
	Ativação geral: são realizados movimentos, segurando num arco em conjunto com a pm, utilizando um arco para potenciar a amplitude dos movimentos. De seguida é lhe dado um balão grande e uma bola para lançar para a pm.	Ativação neuromuscular	Utilizar materiais de grandes dimensões	Arco Bola Balão	10'	Familiariza já com a tarefa do arco, esforça-se na tarefa. No lançamento dos objetos teve alguma dificuldade – principalmente por o balão ser muito grande (dificuldade nos movimentos mais amplos) mas a esforçar-se também.
	É ouvida uma música e de seguida são recordadas pequenas partes. Depois é lida a letra dessa música, sendo que no final se repete a audição da música.	Atenção auditiva Memória a curto prazo Leitura		Música Letra da música	10'	Continua com a facilidade já evidenciada na leitura. Foi ouvida outra música diferente da que se ouviu até então – parece reconhecer fados da Amália.
Atividades Centrais	São colocadas molas num pano e pede-se para pôr e tirar com o lado dominante e não dominante. Depois, são dados peças de encaixe com números, pedindo-se que retire e volte a colocar o objeto.	Noção de espaço Preensão fina		Pano Molas	10'	Nas molas é importante continuar a perceber a força que faz nesta atividade. Quando viu as peças com os números perguntou se era para empurrar. Esteve melhor na tarefa, a conseguir encaixar corretamente a grande maioria dos números (1, 3 e 4) apenas com maior dificuldade no 2.
	No final, no retorno à calma, é realizada uma pequena massagem nas mãos com um creme com um cheiro familiar.	Consciencialização corporal Descontração neuromuscular Estimulação sensorial		Creme	5'	Habituação à rotina de final de sessão.
Diálogo Final	Como se sente no final da sessão.	Reflexão crítica	Diálogo livre para direcionado.		5'	Esteve animada em toda a sessão. Tem perceção do sucesso.

Tabela E 2 - Exemplo de sessão (análise de caso: grupo)

Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos	Estratégias	Materiais	Tempo
Diálogo Inicial	Conversa direcionada para a orientação para a realidade. Pensar sobre o que já realizaram no dia até ao momento da sessão.	Orientação para a realidade Memória a curto prazo	Diálogo livre para direcionado.		10'
	Inicialmente, são explicados vários movimentos que vão ser realizados bem como o número de vezes que será repetido. De seguida, coloca-se uma música para se realizarem os movimentos com o ritmo da música.	Ativação neuromuscular Motricidade global Noção de ritmo Atenção		Música	10'
Atividades Centrais	É colocado um tapete de twister e dado um balão com arroz a cada pessoa. De seguida, são ditos vários números e, sempre que ouvirem o número cinco (e apenas aí) devem atirar esse balão para o número cinco que está no tapete. Utilizando o mesmo método, em vez de números são ditas várias palavras e, quando ouvirem uma das figuras que está no tapete, atiram para essa figura.	Atenção auditiva Velocidade de ação reação Controlo da impulsividade Categorização Evocação	Colocar alguns dos residentes a dizer os números / palavras	Tapete twister Balões com arroz	15'
	É dada uma frase incompleta a cada pessoa. À vez, a pessoa deve ler e quem tiver a parte da frase que a completa, deve dizer. Depois, é identificado o par. No final da atividade, todos devem recordar quem era o par respetivo.	Interação com o outro Atenção auditiva Memória a curto prazo		Frases incompletas	10'
Diálogo Final	Reflexão crítica sobre as atividades – qual a sua pertinência e se foi algo que gostaram, ou não.	Reflexão crítica Memória a curto prazo	Diálogo livre para direcionado.		10'

Tabela E 3 - Grelha de observação de grupo

	Tipo de ajuda	Interação com a psicomotricista	Interação com o grupo	Tempo de resposta	Desvios de atenção	Postura do residente	Facilidades	Dificuldades
Melissa	Reforço verbal	+	+	Lento	-	Estável	Interação por imitação	Compreensão de instruções complexas
Gonçalo	-	+	+	Adequado	-	Estável	Geral	-
Ricardo	Adaptação geral	+	+	Adequado	-	Estável	Memória a curto prazo, atenção auditiva.	-
Inês	Reforço verbal	+	+	Lento	-	Mais triste (tinha-se enganado 4x a fazer malha)	Tarefas diretivas.	Memória a curto prazo
Fábio	Reforço verbal	+	+	Adequado	-	Estável	Leitura	Flexibilidade cognitiva
Cláudia	-	+	+	Adequado	-	Estável	Geral	-
Pedro	Reforço verbal	+	+	Adequado	-	Estável	Compreensão por imitação	Memória a curto prazo
Mariana	Reforço verbal	+	+	Adequado	-	Estável	Geral	Memória a curto prazo
Filipa	-	+	+	Adequado	-	Estável	Geral	Cansaço na coreografia
Luís	-	+	+	Adequado	-	Estável	Geral	-
Andreia	Reforço verbal	+	+	Adequado	-	Empenhada e motivada	Linguagem verbal, flexibilidade cognitiva, interação com o outro.	Coordenação oculomanual (a perceber a importância das cores com contraste para melhorar a prestação na tarefa)
Alexandre	Reforço verbal	+	+ interação com o sr Ricardo a melhorar	Adequado	-	Estável	Geral	-
Joana	-	+	+	Adequado	-	Estável	Geral	Memória a curto prazo

Legenda: + comportamento positivo; - inexistência de comportamento.

Anexo F – Avaliação da Análise de Caso de Grupo

A escala de avaliação foi aplicada depois de, aproximadamente, três semanas com contacto com os residentes, fazendo-se a observação dos comportamentos tanto em contexto de sessão, como através da observação de outras atividades ou de momentos não estruturados.

Tabela F1 - Avaliação Inicial (I) e Final (F) das pessoas da análise de caso- intervenção em grupo (Escala de Observação em Gerontopsicomotricidade)

Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade; E – perfil eutónico; e+ - perfil hipertónico.			Mariana		Melissa		Gonçalo		Fábio		Pedro		Cláudia		Ricardo		Inês		Alexandre		Joana		Rita		Luis		Andreia		Filipa	
			I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Tonicidade																														
Nível de tonicidade		E	E	e+	e+	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	
Permite mobilização passiva		3	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3
Permite mobilização ativa		3	3	2	2	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3
Equilíbrio																														
Permanece imóvel de olhos abertos durante, aproximadamente, 5 segundos		0	0	0	0	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	1	1	0	0	
Permanece imóvel de olhos fechados durante, aproximadamente, 5 segundos		0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	
Anda		0	0	0	0	3	3	2	2	4	4	4	4	3	3	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	
Anda, para e volta a andar		0	0	0	0	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0	
Levanta-se		0	0	0	0	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	2	2	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	
Senta-se		0	0	0	0	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	2	2	0	0	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	
Noção do Corpo																														

Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade;
E – perfil eutónico; e+ - perfil hipertónico.

		Mariana		Melissa		Gonçalo		Fábio		Pedro		Cláudia		Ricardo		Inês		Alexandre		Joana		Rita		Luís		Andreia		Filipa	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Identifica, em si, as partes do corpo		4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
Identifica, nos outros, as partes do corpo		4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4
Nomeia, em si, as partes do corpo		4	4	3	3	4	4	4	4	2	3	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
Nomeia, nos outros, as partes do corpo		4	4	3	3	4	4	4	4	2	3	4	4	3	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4
Estruturação Espacial																													
Reconhece o que está à frente e atrás de si		3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3
Reconhece o que está do seu lado direito e do seu lado esquerdo		3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3
Reconhece o que está à frente e atrás, em relação aos outros		3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3
Reconhece o que está do lado direito e do lado esquerdo, em relação aos outros		3	3	2	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3
Motricidade Global																													
Executa uma passada regular		0	0	0	0	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0
Realiza caminhadas curtas (150m)		0	0	0	0	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	3	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0
Realiza caminhas com distâncias médias (500m)		0	0	0	0	2	2	2	1	3	3	4	4	3	3	3	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0
Realiza longas caminhadas (1km)		0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0

Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade;
E – perfil eutónico; e+ - perfil hipertónico.

		Mariana		Melissa		Gonçalo		Fábio		Pedro		Cláudia		Ricardo		Inês		Alexandre		Joana		Rita		Luís		Andreia		Filipa	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Sobe degraus		0	0	0	0	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0
Desce degraus		0	0	0	0	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	2	2	0	0
Coordenação óculmanual																													
Recebe uma bola objeto		3	3	2	2	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	1	3
Lança por cima (uma bola)		3	3	2	2	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	1	3
Lança por baixo (uma bola)		3	3	2	2	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	1	3
Coordenação oculopodal																													
Recebe (uma bola)		3	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	2	2	2	2	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2	1	2
Pontapeia (uma bola)		3	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	2	2	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2	1	2
Motricidade Fina																													
Realiza preensão palmar		4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
Manipula objetos em simultâneo		4	4	1	1	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	3	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	2	3
Utiliza as mãos cooperativamente		4	4	1	1	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	2	2	4	4	4	4	2	2	4	4	2	3
Realiza a pega pinça		4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4
Executa o movimento de tamborilar		4	4	2	2	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	2	2	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	2	3
DOMÍNIO COGNITIVO																													
Orientação para a Realidade																													
Sabe quem é		4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Sabe quantos anos tem		2	2	3	3	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2
Reconhece pessoas significativas		4	4	3	3	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3

Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade;
E – perfil eutônico; e+ - perfil hipertônico.

		Mariana		Melissa		Gonçalo		Fábio		Pedro		Cláudia		Ricardo		Inês		Alexandre		Joana		Rita		Luís		Andreia		Filipa	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Sabe que dia do mês é		2	2	2	2	4	4	4	4	1	1	2	2	4	4	2	2	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	1	2
Sabe que dia da semana é		2	2	2	2	4	4	4	4	1	1	3	3	4	4	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	1	2
Sabe que ano é		2	2	2	2	4	4	4	4	1	1	2	2	4	4	2	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	1	2
Sabe que horas são		3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	1	2
Memória																													
Recorda um acontecimento longínquo da sua vida		3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3
Recorda um episódio ocorrido na semana passada		2	2	2	2	3	3	4	3	2	2	2	2	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	3
Recorda um episódio recente ocorrido na última hora		2	2	2	2	4	4	4	3	2	2	3	3	4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	3
Retém uma informação num curto espaço de tempo (5-10 min)		2	2	2	2	4	4	4	3	1	1	3	3	4	4	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	1	2
Atenção																													
Está atento a uma instrução		3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	2	3	4	4	3	2	4	3	3	4	3	3	4	4	4	4	2	4
Está atento a uma tarefa		4	3	2	2		4	3	3	3	3	2	2	3	4	3	2	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	2	4
Compreensão																													
Compreende instruções simples		3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4
Compreende instruções com duas tarefas		2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	2	3
Expressão																													
Tem um discurso coerente		4	4	3	3	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	3

Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade;
E – perfil eutónico; e+ - perfil hipertónico.

		Mariana		Melissa		Gonçalo		Fábio		Pedro		Cláudia		Ricardo		Inês		Alexandre		Joana		Rita		Luís		Andreia		Filipa	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Tem um discurso fluente		4	4	3	3	4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3
Mantém uma conversa		4	4	3	3	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4
Exprime sentimentos		4	4	2	3	4	4	3	4	2	2	3	4	3	4	3	3	2	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4
Exprime necessidades		4	4	3	3	4	4	3	3	2	2	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
DOMÍNIO SOCIOEMOCIONAL																													
Interações																													
Cumprimenta os outros		4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4
Mantém uma distância adequada em relação ao outro		4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4
Mantém o contacto visual		4	4	3	3	4	4	3	2	3	4	4	4	0	0	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4
Pede desculpa		4	4	3	3	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4
Agradece		4	4	3	3	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4
Pede por favor		4	4	3	3	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4
Interrompe o outro		1	1	3	3	1	1	2	2	2	3	4	4	3	3	1	1	3	3	2	2	4	4	3	3	4	4	1	1
Ajuda o outro		4	4	3	3	4	4	3	3	2	4	4	4	2	2	4	3	3	2	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4
Pede ajuda ao outro		4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	4	4	2	3	3	3	2	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4
É afetuosos com o outro		4	4	3	3	3	4	3	3	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4
É recetível aos afetos do outro		4	4	2	3	3	4	3	3	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4
Participação nas Sessões																													
Participa a pedido		3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4
Participa de forma voluntária		2	3	3	2	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	2	2	3	4	2	3	4	4	4	4	4	4	2	4

Legenda: 0 – não aplicável; 1 – não faz; 2 – faz com dificuldade; 3 – faz sem dificuldade; 4 – faz com facilidade;
E – perfil eutónico; e+ - perfil hipertónico.

	Mariana		Melissa		Gonçalo		Fábio		Pedro		Cláudia		Ricardo		Inês		Alexandre		Joana		Rita		Luís		Andreia		Filipa	
	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
Cumpre	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4
Coopera	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4
Dá opinião	3	4	3	2	3	3	4	4	3	3	4	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	2
É impulsivo	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	4	4	2	3	2	1	3	3	2	3	4	4	2	3	2	2	2	2

Anexo G – Sessão de Esclarecimento de Gerontopsicomotricidade

A sessão de esclarecimento sobre GPM, conforme já foi referido, decorreu no dia 22 de fevereiro de 2017, tendo uma duração aproximada de três horas. A mesma foi pensada para a equipa técnica e para as auxiliares de ação direta da CABH para, por um lado, perceberem o que era a GPM e, por outro, compreenderem quais as dificuldades frequentes nos residentes e de que forma a GPM ajudava a minimizá-las. Assim, recorreu-se à utilização de várias dinâmicas, explicadas em detalhe na tabela G1.

Durante esta formação privilegiaram-se os paralelismos feitos entre os exemplos planeados e os casos reais do lar, proporcionando-se um momento de reflexão entre todos os participantes, de forma a também se encontrassem, em conjunto, estratégias para lidar com determinados comportamentos, sobretudo os casos de agitação, apatia e desorientação.

Mais tarde, e em consequência das necessidades sentidas ao nível da comunicação, realizou-se um cartaz que sintetizava algumas das estratégias de comunicação com a pessoa com demência.



Figura G1- Cartaz sobre as estratégias de comunicação com a pessoa idosa e com demência

Tabela G1 - Atividades realizadas na sessão de esclarecimento sobre GPM

Atividade	Descrição	Objetivos	Materiais
Atividade de Apresentação	Cada participante escreve o seu nome num balão. Com o decorrer da tarefa, são dadas instruções de como manipular um balão (tocar com a mão direita, tocar com a perna esquerda). De seguida, é colocada música, sendo que a par de seguirem as instruções, apenas poderão manipular a balão quando a música toca. Aqui os balões podem ser trocados entre os participantes. Quando a música, para, devem parar de realizar um movimento, identificando quem tem o balão e atribuindo-lhe uma característica. De seguida, repete-se a tarefa, mas vende-se os olhos a um elemento do grupo, outro apenas pode ficar sentado, outro não pode falar e outro apenas pode mexer o lado direito do corpo, sendo dada a indicação que se deve potenciar, ao máximo, a participação de todos os elementos.	Abordar a necessidade de criar o sentimento de pertença a um grupo e do conhecimento do outro, respeito a heterogeneidade do mesmo e integrando todos da melhor forma. Salientar a necessidade da consciencialização corporal. Mostrar a dificuldade da atenção repartida entre vários estímulos.	Balões Música Cadeira Vendas
Atividade sobre Envelhecimento	É dada uma folha a cada pessoa, pedindo-se que desenhe a forma como se vê quando 'for uma pessoa idosa'.	Refletir sobre a diferença entre as expectativas sobre o envelhecimento e a realidade dos casos acompanhados.	Folhas Canetas
Atividade sobre a Doença de Parkinson	No chão são colados três tipos de símbolo. Em pares, uma das pessoas faz o percurso enquanto a pessoa dá a instrução com duas a três informações (frente/ trás, esquerda/ direita, tipo de símbolo). De seguida, fazem dois pares em simultâneo a tarefa.	Compreender os conceitos de velocidade de ação / reação, compreensão de instruções complexas e de atenção dividida, aspetos alterados nas pessoas doença de Parkinson.	Formas geométricas em papel autocolante.
Atividade sobre a Doença de Alzheimer	Cada pessoa escolhe um objeto da sala. De seguida, é informado ao grupo que, sem falarem, devem construir um corpo humano. De seguida, repete-se a atividade, mas salientando a importância de cada um representar, previamente, a parte do corpo que pretende construir.	Perceber a importância dos movimentos conscientes e da comunicação não verbal, alterados nas pessoas doença de Alzheimer.	Objetos disponíveis no ginásio
Atividade sobre o Meio Institucional	Divididos em equipas, realizam uma competição com o paraquedas, havendo um tempo definido para que cada equipa consiga que a bola permanece em cima do pano o máximo de tempo possível.	Compreender a importância do trabalho em equipa em meio institucional.	Paraquedas Bola
Atividade de Estimulação Sensorial	São dados vários objetos sensoriais aos participantes (objetos quentes e frios, plasticina, bolas de picos) que depois devem caracterizar e associar a sensações positivas e negativas.	Perceber como os estímulos sensoriais podem ser um importante estímulo para trabalhar aspetos cognitivos como a descrição, a categorização, o discurso e a relação com memórias agradáveis e/ ou desagradáveis.	Objetos sensoriais

De seguida, é apresentado o suporte digital utilizado na sessão de esclarecimento.

fMH FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA
Orientadora: Professora Doutora Cristina Espadinha

U LISBOA UNIVERSIDADE DE LISBOA

(Geronto) Psicomotricidade

casa azul
Residência para Idosos

Catarina Branquinho
Psicomotricista

Atividade



Psicomotricidade



DOMÍNIO PSICOMOTOR:
Noção do Corpo / Imagem corporal
Equilíbrio dinâmico

DOMÍNIO COGNITIVO:
Atenção dividida
Funções executivas (inibição do movimento)

DOMÍNIO SOCIOEMOCIONAL:
Sentimento de pertença a um grupo

SOON

Eu envelhecido – atividade



Geronte

Cada um dos membros do senado de Esparta, na Grécia Antiga.




HETERogeneidade

Psicomotricidade

TERAPIA NÃO FARMACOLÓGICA E DE MEDIAÇÃO CORPORAL!

COMO?
Atividades lúdicas.
Atividades expressivas.
Consciencialização corporal.
Atividade motora intencional.

ONDE?
Área da Saúde
Área da Educação
Lares
Centros de Dia
Programas Comunitários
Estruturas Desportivas (adaptação ao meio aquático, equitação terapêutica)

PARA QUEM?
Preventivo – estimulação do desenvolvimento, manutenção das competências.
Reeducativo / terapêutico – quando determinadas competências estão comprometidas, afetando a adaptabilidade da pessoa.

O Psicomotricista

QUEM É? Técnico Superior de Reabilitação Psicomotora.

O QUE FAZ?
Avalia o perfil psicomotor da pessoa.
Implementa programas de Psicomotricidade.
Participa nas adaptações ambientais dos casos que acompanha.

A sessão de Psicomotricidade:

- Diálogo inicial - Orientação para a realidade
- Atividades centrais
- Reflexão final

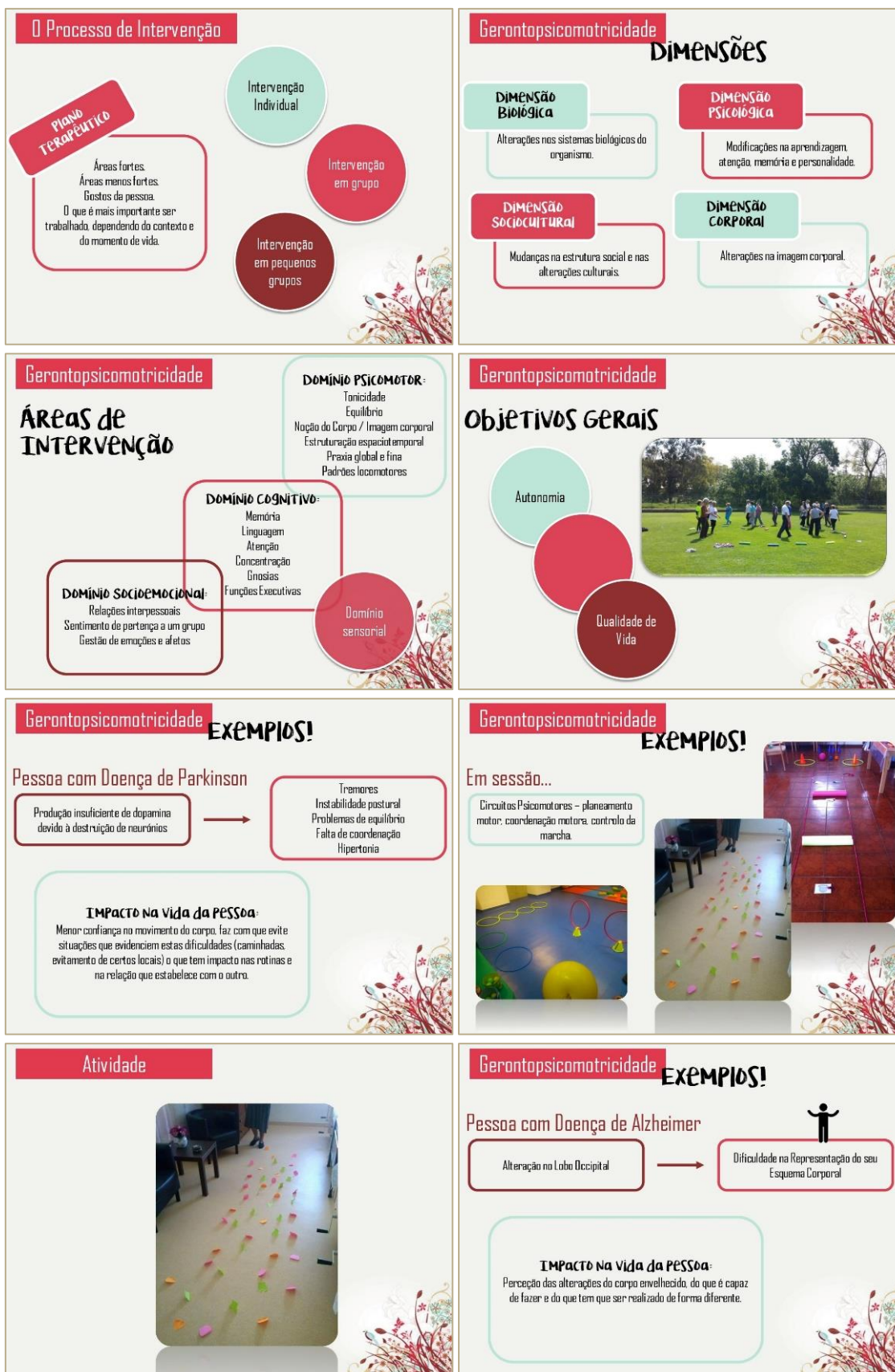
O Processo de Intervenção

OBSERVAÇÃO
Observação formal e/ou informal da pessoa no contexto onde está inserida.

Avaliação INICIAL
Avaliação do perfil psicomotor: das competências cognitivas e socioemocionais através de escalas e/ou instrumentos de avaliação.

INTERVENÇÃO
É definido um plano terapêutico, onde são definidos objetivos num determinado tempo de intervenção.

Avaliação FINAL
Repete-se o processo de avaliação inicial e tomam-se decisões terapêuticas: reajuste do plano de intervenção, encaminhamento para outras terapias / trabalho em autonomia







Gerontopsicomotricidade

EXEMPLOS!

Em sessão...








Estimulação proprioceptiva.



Estimulação tátil.

Atividade





Obrigada!